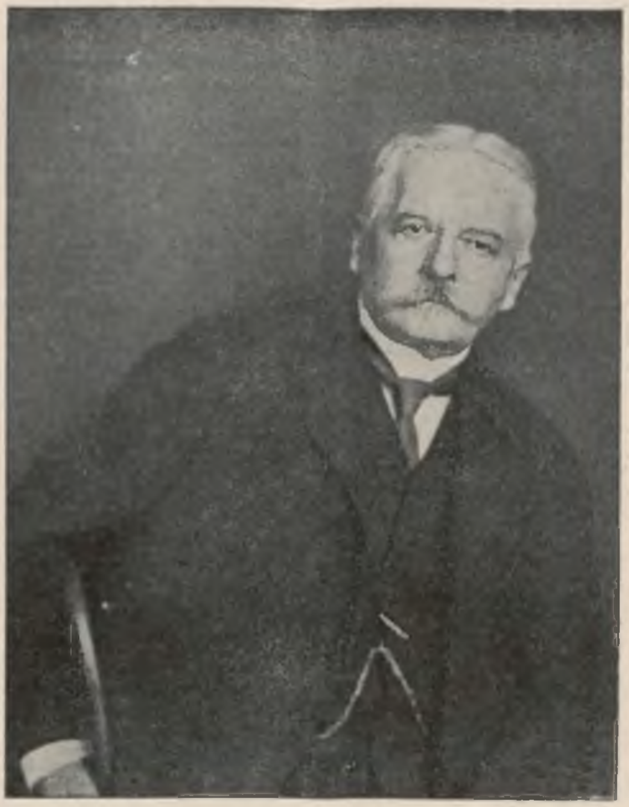
Nr. 14. 5. kwietnia 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. p. Prof. Dr. Władysław Bylicki

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 28 lutego b. r. zmarł senjor ginekologów polskich ś. p. Prof. Dr. Władysław B y l i c k i. Urodzony w roku 1846 w Krakowie, ukończył tamże gimnazjum św. Anny, a następnie i Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej, na której otrzymał w roku 1871 dyplom doktora medycyny, potem magistra położnictwa, a w dwa lata później magistra chirurgji. Po absolutorjum pełnił przez dwa lata obowiązki asystenta przy katedrze Anatomji opisowej, poczem czynny był jako praktykant i sekundarjusz na oddziale położniczo-ginekologicznym szpitala św. Łazarza przez 3 lata, a następnie przez 4 lata jako asystent kliniki położniczo-ginekologicznej.



Po tak należytem przygotowaniu w roku 1878 przenosi się do Lwowa, gdzie rozpoczyna praktykę lekarską. Wielkie zalety serca i umysłu, wysokie wykształcenie, takt w obejściu, wypróbowany i prawy charakter sprawiły, że ceniony był wysoko przez kolegów i jako człowiek ogólnie lubiany. Znakomite zaś opanowanie swej specjalności ułatwiło Mu i umożliwiło zdobycie zasłużonego uznania jako wybitnego ginekologa i zyskanie rozległej praktyki. A przyszło Mu to tem łatwiej, że zawód swój uprawiał z wielkiem zamiłowaniem. Mimo wielkiego powodzenia nie ustawał w pracy nad dalszem kształceniem się, szedł zawsze z prądem nauki, starając się niejednokrotnie z powodzeniem wyprzedzić innych. Dzięki temu pozostawił po sobie poważny dorobek naukowy, tem cenniejszy, że w niejednym kierunku wzbogacił naukę na stałe.

Wartość jego ocenił należycie nowo kreowany Wydział lekarski U. J. K., nadając Mu w r. 1899 tytuł docenta, a w roku 1906 profesora zwyczajnego i polecając Mu wreszcie po śmierci ś. p. prof. Marsa w r. 1918 kierownictwo kliniki położniczej. Na stanowisku tem czynny był przez 2 lata. Ci, którzy mieli sposobność wówczas z Nim współpracować, podziwiać musieli, jak ten człowiek, będący podówczas już w wieku, w którym inni obowiązkowo zwalniani są z owych czynności, spełniał powierzone Mu obowiązki, z jaką gorliwością i sumiennością im się poświęcał. Obdarzony wielkim darem wymowy umiał w bardzo pięknej formie podać swym słuchaczom omawiany przedmiot, a bogate, przez długi szereg lat zdobyte doświadczenie pozwoliło Mu czynić to w sposób niezwykle interesujący. To też wykłady Jego cieszyły się wielkiem powodzeniem i słuchali ich chętnie nie tylko studenci ale i lekarze.

Poza wszechstronnem wykształceniem zawodowem wyróżniał się ś. p. prof. B y l i c k i jako człowiek wielkiej erudycji i wysokiej kultury duchowej, co sprawiało, że każda rozmowa z Nim była prawdziwą ucztą duchową. Garnęliśmy się też do Niego chętnie, bo czuliśmy korzyści, jakie nam przynosiło obcowanie z Nim.

Te zalety ducha i zasługi naukowe odczuwali i uznawali nie tylko Ci, którzy mieli szczęście bezpośrednio z Nim się stykać. Nie uchodziły one uwagi i tych, którzy zdala patrzeli na Jego pracę i owoce jej rzetelnie umieli ocenić. Wyrazem tego był cały szereg zaszczytów, jaki Go spotykał. I tak stała delegacja Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich wybiera Go przewodniczącym Komitetu Gospodarczego X. Zjazdu w roku 1906 we Lwowie, towarzystwa ginekologiczne lwowskie, krakowskie, warszawskie i wileńskie, a nadto towarzystwo lekarskie lwowskie mianują Go swym członkiem honorowym. Z chwilą utworzenia Wydziału lekarskiego w Polskiej Akademji Umiejętności zostaje jej członkiem krajowym.

Poza praktyką i pracą naukową znajduje czas na zajmowanie się sprawami zawodowemi lekarskiemi. Pełni przez pewien czas obowiązki zastępcy prezesa Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, w czasie wojny pełni obowiązki dyrektora Czerwonego Krzyża we Lwowie, bierze czynny udział w pracach i posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, a w Towarzystwie ginekologicznem lwowskiem, któremu szereg lat przewodniczył jako prezes, czynny jest niemal do ostatniej chwili.

Pozostawia po sobie ś. p. prof. B y l i c k i trwałe owoce swej pracy, które imię Jego w nauce chlubnie zapisały, a w sercach naszych obok szczerego żalu pamięć niezatartą jako pierwszorzędny lekarz i człowiek nieprzeciętny o wielkich walorach moralnych i głębokiej kulturze.

Cześć Jego pamięci!

* * *

Aby zrozumieć działalność naukową ś. p. Prof. Bylickiego i należycie ją ocenić, uwzględnić należy warunki i ducha epoki, wśród jakich działalność ta się odbywała. A była to epoka długa, bo całe półwieku licząca, którą ś. p. B y l i c k i nie tylko przeżył, ale brał czynny udział w jej przejawach, które znakomicie odczuwał i do których umiał się nagiąć. Pierwszy okres tej epoki przypada na czas jego asystentury w klinice położniczej krakowskiej pod kierownictwem nieprzeciętnego nauczyciela ś. p. prof. M a d u r o w i c z a. Ten ostatni był uczniem prof. Karola B r a u n a, reformatora położnictwa w słynnej naówczas szkole wiedeńskiej. Z tejże szkoły wyniósł Madurowicz gruntowne podstawy położnictwa, które sam następnie jako nauczyciel nie tylko znakomicie rozwinął w niejednym kierunku, ale i umiał wszczepić w umysły swych współpracowników. Posiadał ten mistrz niezwykłą zaletę ludzką, a mianowicie wielką skromność, która to zaleta atoli ujemnie odbijała się w tym kierunku, iż wiele myśli nowych, wiele pomysłów i wiele spostrzeżeń wartościowych, nie zostały piórem uwiecznione. Bo dużo rzeczy, które dla wielu były nadzwyczajne, dla M a d u r o w i c z a były całkiem naturalne i zupełnie proste. Żalił się np. ś. p. prof. B y l i c k i, że nie pozwolił Mu ogłosić drukiem przypadku całkowitego wynicowania błony śluzowej pęcherza moczowego, uległej zgorzeli, bo uważał, że to nic nadzwyczajnego, mimo że w rok później na zjeździe ginekologów w Grazu zupełnie identyczny przypadek wzbudził powszechne i zupełnie zrozumiałe zainteresowanie. Tem się tłumaczy, dlaczego też i działalność literacka ś. p. prof. B y l i c k i e g o z owego czasu nie jest bardzo obfita. Ogranicza się ona bowiem do kilku prac, których tematem były przeważnie spostrzeżenia wprawdzie kazuistyczne, lecz bardzo interesujące.

Drugi okres działalności naukowej ś. p. prof. B y l i c k i e g o rozpoczyna się w r. 1878 t. j. od chwili osiedlenia się Jego we Lwowie. W czasie tym ogłasza ś. p. Prof. B y l i c k i 4 prace, w których podaje pewne modyfikacje narzędzi i opatrunków,

a z których jedna zawiera myśl nową, dotyczącą leczenia wynicowania macicy. Ponadto wydaje w tym czasie podręcznik „Nauka o chorobach kobiecych" (640 stron, z 13 rycinami) i obszerną monografją w sprawie aseptyki w położnictwie (127 stron). Jeżeli się uwzględni, że w owym czasie nie było jeszcze we Lwowie Wydziału lekarskiego, że więc w pracy naukowej nie można było korzystać z wielu środków nieraz bardzo pomocnych, a często niezbędnych, to należy przyznać, że było to rzeczą niezwykłą wydanie takich dwóch poważnych dzieł, a to tem więcej, że piśmiennictwo polskie dotąd ich nie posiadało.

Oba te dzieła zostały swego czasu w czasopismach lekarskich ocenione bardzo pochlebnie.

Podręcznik o chorobach kobiecych nie ustępował pod żadnym względem podobnym podręcznikom obcym, a odznaczał się samodzielnem opracowaniem i zużytkowaniem bogatego, wieloletniego doświadczenia, opartego na licznych, własnych spostrzeżeniach, a nadto wielu oryginalnemi rycinami, których nawet zagraniczne podręczniki nie posiadały.

Obszerna monografja w sprawie aseptyki w położnictwie wydana przez autora, który kształcił się i wychowywał w czasie, kiedy aseptyka w położnictwie zaczęła dopiero stawiać pierwsze kroki i kiedy zastosowanie jej jeszcze nie mogło zaznaczyć się wyraźnie, było rzeczą niezwykłą, która dowodziła niezbicie, że postęp nauki nie zatrzymał Go w dążeniu naprzód.

Oba te dzieła — to owoc wieloletniej, żmudnej pracy, stojące na wysokości nowoczesnych już podówczas badań i oba dowodziły, że autor ich przyswoił sobie należycie i opanował dostatecznie najnowsze postępy i zdobycze nauki, nawet te, które w owym czasie zaczęły się dopiero rozwijać jako nauki pomocnicze.

Z chwilą powstania Wydziału lekarskiego we Lwowie rozpoczyna się trzeci i ostatni okres działalności ś. p. prof. Bylickiego. Jako docent, a wnet potem jako profesor pozostaje w stałym kontakcie z kliniką, gdzie bierze żywy udział w jej pracy naukowej w każdym kierunku. Interesuje się wszystkiemi zagadnieniami naukowemi, bierze zawsze czynny udział we wszystkich posiedzeniach ruchliwego Towarzystwa ginekologicznego, zabiera głos niemal w każdym temacie omawianym, a przemówień jego bardzo chętnie słuchają wszyscy, bo wnosiły one w dyskusję zawsze rzeczy interesujące, które zdobył wieloletniem doświadczeniem i umiał uczynić zajmującemi dzięki niezwykłemu zmysłowi spostrzegania. W tymże czasie ogłasza szereg prac aktualnych, których koroną była praca o bezpośredniem mierzeniu wymiaru prostego wchodu miednicy zapomocą dźwigni mierniczych. Była to praca epokowa, gdyż „cyrkiel Bylickiego" do mierzenia bezpośredniego sprężnej położniczej rozwiązał tę tak ważną dla położnictwa kwestję i zdobył nie tylko dla jej autora, lecz i dla imienia polskiego trwałe miejsce w całym świecie położniczym.

K. B. (Lwów).

Spis prac ś. p. prof. Bylickiego ogłoszonych drukiem:

Hystero-ovariocele inguinalis, Radikale Operation. (Centralbl. f. Gyn. 1878).

Eine Verbesserung am Thermokauter Paquelin. (Centralbl. f. Gyn. 1884).

Zur Technik intra-uteriner Ausspülungen in der Behandlung von Uteruskatarrhen. (Centralbl. f. Gyn. 1886).

Przypadek puchliny kolana perjodycznie powracającej. (Przegląd lek. — rok 1874).

Przypadek samodzielnego wykluczenia włókniaka macicy z następowym otokiem trąbki macicznej. (Przegląd lek. 1876).

Wielka przetoka pęcherzowo-pochwowa, uleczona jednorazową operacją po poprzedniem przygotowaniu pochwy kulami Bozemanna. (Przegląd lek. 1876).

Kilka słów o wynicowaniu macicy i przypadek wyleczenia go. (Przegląd lek. 1888).

Jodoformgaze für gynaekologische Zwecke. (Centralbl. f. Gyn. 1891).

Nauka o chorobach kobiecych. (Ginekologja Kraków 1894).

Ochronne postępowanie w położnictwie. (Aseptyka położnicza. Lwów. 1896).

Uwagi z powodu artykułu Dra Solowija „O potrzebie reformy przepisów służbowych nauczania i doboru położnych". (Przegląd lek. 1904).

Ueber eine Methode den geraden Beckeneingangsdurchmesser unmittelbar zu messen. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1904).

O bezpośredniem mierzeniu wymiaru prostego wchodu miednicy zapomocą dźwigni mierniczych. (Przegl. lek. 1905).

Niezwykłe źródło zakażenia połogowego. Przyczynek do powstawania najmniejszych przetok pochwowo-przestrzeniowych. (Tyg. lek. Lwów 1906).

Zur Vereinfachung meiner Messmethode der Conjugata obstetrica. (Centralbl. f. Gyn. 1906).

O bólach ciążowych. (Przegląd lek. 1907).

Bemerkungen zu Zweifels neuem Instrument zur Messung der Conjugata obstetrica, neues Modell. (Centralbl. f. Gyn. 1907).

O dowolnem ograniczaniu płodności kobiecej. (Nowiny lekarskie. 1910).

Nowsze zapatrywania na sprawę zapalenia i nieżytu błony śluzowej jamy macicy. (Przegl. lek. 1911).

O wzniecaniu poronienia ze wskazań lekarskich. (Przegląd lek. 1911).

Rzekoma dyspygiczna miednica prof. Solowija. (Centralbl. f. Gyn. 1912).

Z biologji płodu. (Gyn. et Obst. 1921).

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Władysław DOBRZANIECKI. Lwów.

Wpływ usunięcia zwojów współczulnych na zachowanie się rozmaitych przeszczepów skórnych autoplastycznych i homoplastycznych.

Z Kliniki Chirurgicznej A. (Dyr. Prof. Dr. R. Leriche) i z Instytutu histologji (Dyr. Prof. Dr. P. Bouin) Uniw. w Strasburgu.

Ostatnie zdobycze chirurgji układu współczulnego, najmłodszego działu chirurgji nerwowej, dotyczą bardzo obszernego zakresu zjawisk. Wyniki ich są jednak dziś jeszcze nieustalone i podlegają znacznym wahaniom w miarę rozszerzania się naszych wiadomości z dziedziny anatomji, fizjologji prawidłowej i patologicznej tego układu. Po pierwszych niepewnych próbach na tym terenie lata ostatnie, głównie dzięki pracom Leriche'a, przyczyniły się do stworzenia szeregu ściślejszych pojęć w zakresie systemizacji tego układu, otwierając przed nami bardzo interesujące i zupełnie nowe perspektywy. I jakkolwiek w chwili obecnej daleko nam jeszcze do ustalenia zasad naukowych ściśle określonych, ponieważ badania w tej dziedzinie nie wyszły dotąd poza stadjum początkowe, możemy jednak dziś już stworzyć sobie pewien pogląd mniej lub więcej dokładny, opierając się na obfitym materjale bądźto doświadczalnym, bądź też operacyjnym. Zdobycze na tem polu odsłaniają zupełnie nowe horyzonty na cały szereg zjawisk biologicznych i pozwalają nam stwierdzić, że działanie układu współczulnego jest dość skomplikowane. Nie można bowiem następstw, jakie występują po neurotomjach współczulnych odnieść jedynie do czynnego rozszerzenia naczyń. Spotykamy się bowiem tutaj niewątpliwie ze zmianami głębszemi w zakresie życia i odżywiania tkanek, ich regulacji automatycznej, spotykamy się tu dalej z wpływem pośrednim lub bezpośrednim układu współczulnego na napięcie mięśniowe, na objawy bólowe i nieprawidłowe odruchy współczulne, na podstawową przemianę materji i na zjawiska regeneracji.

Zanim przejdziemy do omówienia wyników, jakie osiągnęliśmy w naszych badaniach doświadczalnych wspomnieć należy tutaj o pewnych faktach z zakresu patologji i fizjologji układu współczulnego, które opierają się na danych, uzyskanych na stole operacyjnym, względnie drogą doświadczalną.

Wiadomem jest, że wpływ neurotomji współczulnych na układ naczyniowy może się przejawiać w sposób dwojaki, zależnie od rodzaju zabiegu. Po sympatektomji okołotętniczej stwierdzamy w pierwszym okresie zmniejszenie ilości ciałek białych, dochodzące nieraz do połowy ilości prawidłowej (leukopenja miejscowa). Krótkotrwały okres ten odpowiada okresowi zwężenia naczyń, po którem występuje rozszerzenie naczyń obwodowych, połączone z hiperleukocytozą miejscową, przekraczającą przedoperacyjny stan ciałek białych (Leriche i Fontaine).

Po usunięciu pnia współczulnego, zwojów lub gałązek zespalających, występuje odrazu rozszerzenie naczyń. Ta zmiana naczynioruchowa powoduje przesunięcia w obrazie krwi. Stwierdzamy wówczas odrazu zwiększenie ilości ciałek białych i czerwonych w krwi obwodowej. Ciałka białe pojawiają się wówczas w zdwojonej lub znaczniejszej jeszcze ilości w porównaniu ze stanem przedoperacyjnym. Ta hiperleukocytoza dotyczy jedynie ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych. Zmniejsza się natomiast liczba limfocytów i jednojądrzastych. Taki obraz krwi utrzymuje się przez czas rozszerzenia naczyń, t. j. przez trzy tygodnie do 2 miesięcy po sympatektomji poczem leukocytoza wraca do stanu prawidłowego.

Badania bakterjologiczne Leriche'a i Fontaine'a wykazują, że sympatektomja zmienia w zupełności warunki anatomo-

fizjologiczne i bakterjologiczne w przebiegu owrzodzeń przewlekłych. Autorowie ci stwierdzają, że owrzodzenia tego rodzaju o obfitej florze bakteryjnej w 5—8 dni po sympatektomji stają się jałowe. W tym przeciągu czasu drobnoustroje giną głównie dzięki fagocytozie. Leriche i Fontaine przypisują zmiany te leukocytozie tak charakterystycznej dla neurotomij współczulnych.

Z badań Morpurgo'a wiemy, że nerw współczulny działa hamująco na odradzanie się tkanek i że po jego usunięciu regeneracja postępuje daleko szybciej. Doświadczenia Leriche'a i Haour'a nad wpływem zabiegów na układzie współczulnym wykazują, że rany otwarte goją się po takich zabiegach w znacznie krótszym czasie. Występuje bowiem rozszerzenie naczyń wraz z wzmożeniem ciśnienia obwodowego, jak również zwiększenie amplitudy oscylacji i znaczna podwyżka ciepłoty. Wszystkie te objawy wskazują na wyraźne wmożenie krążenia. Tego rodzaju czynna reakcja naczynioruchowa, trwająca przez kilka dni, zmienia warunki odżywiania tkanki łącznej, pobudzając ją do bujania i wywołuje automatycznie regenerację. Z tą chwilą rany i owrzodzenia zmieniają swój wygląd, przybierają żywą, różową barwę, a równocześnie nabłonek zaczyna bujać od obwodu. Według danych Leriche'a i Haour'a proces gojenia się rany po stronie, po której wykonano sympatektomję, przebiega 1,66 razy szybciej aniżeli po stronie, gdzie nerw współczulny pozostał nietknięty.

W celu wykazania ścisłości tych wyników Jung z kliniki Leriche'a jeszcze raz zajął się tą samą sprawą, badając równocześnie zachowanie się przesunięcia stężenia jonów wodorowych. Wiadomem jest, że neurotomje współczulne mają duży wpływ na przesunięcie pH. Fischer wykazał, że optimum dla pomyślnego rozwoju komórek i tkanek i dla wszelkich procesów życiowych wyraża się wartością pH = 7,4 — 7,8. Otóż każda sympatektomja obniża kwasowość rany i podwyższa wartość pH do liczb wskazanych przez Fischera. Jung wykazał, że reakcja rany otwartej aseptycznej po neurotomji współczulnej staje sie obojętną lub lekko zasadową. Według cyfr przez niego podanych współczynnik przyspieszenia gojenia się ran po neurotomjach wynosi 1,43.

Placintianu w 1924 r. po jednostronnem wycięciu pnia współczulnego szyjnego badał gojenie się ran doświadczalnych na małżowinach u królika. Po 8-miu dniach pokrywanie się nabłonkiem rany po stronie operowanej było daleko bardziej posunięte, a badanie drobnowidowe stwierdziło, że nowopowstałe naczynia włosowate były liczniejsze i szersze aniżeli dawne naczynia. Również naczynia chłonne były porozszerzane i w przeciwieństwie do strony nieoperowanej nie występowała martwica tkanek. Autor ten dochodzi do wniosku, że przekrwienie wywołane przez sympatektomję powoduje daleko szybszą regenerację.

Również Schoenbauer i Whitaker na podstawie szeregu doświadczeń u psów dochodzą do wniosku, że gojenie się ran zakażonych gronkowcem złocistym po sympatektomji okołotętniczej przebiega znacznie prędzej aniżeli ran analogicznych w tych przypadkach, w których sympatektomji nie wykonano. Podobne doświadczenia, w których wycięto głęboko krzywiznę małą z żołądka, potwierdziły powyższe wyniki.

Bardziej ścisłe są jeszcze badania Locatelli. Dowodzą one, że po usunięciu układu współczulnego zarówno nabłonek jak i tkanka łączna kostna i mięśnie prążkowane regenerują się bardzo szybko. Regeneracja ta przebiega tak samo nawet wówczas, gdy przez podwiązanie dużych naczyń wytworzymy miejscowe niedokrwienie.

Palma zajmował się wpływem usunięcia zwojów współczulnych szyjnych u królika na przebieg gojenia się złamań. Przeprowadzał on badania radiograficzne i drobnowidowe złamań kości promieniowej w okresach od 5—45 dni. Wyniki uzyskane przez tego autora dadzą się streścić w tem, że po 45 dniach kostnina po stronie, po której usunięto zwoje, jest solidniejsza aniżeli po stronie przeciwnej.

Badania Schottego nad rozmaitemi gatunkami traszek ustaliły w sposób nieulegający wątpliwości ważne znaczenie układu współczulnego dla regeneracji. Wyniki badań tych są następujące: brak regeneracji w przypadkach zupełnego odnerwienia; brak regeneracji po zniszczeniu unerwienia współczulnego przy zachowanem unerwieniu czuciowo-ruchowem; pojawienie się wreszcie regeneracji tam, gdzie zniesiono unerwienie czuciowo-ruchowe, a zachowano unerwienie współczulne. Z doświadczeń tych wynika jasno, jak duży wpływ wywiera układ współczulny na regenerację.

Simon na 39-ciu królikach (w wieku od 6 tygodni do 3 miesięcy) usuwał jednostronnie cały współczulny pień szyjny. Oględziny pośmiertne królików użytych do doświadczeń wykonane w czasie od 6-ciu miesięcy do 2 lat po zabiegu, wykazują, że sympatektomja nie wpływa zupełnie na wzrost i wagę kości. Badania te zgodne są z wynikami otrzymanemi przez Faldini'ego i Soto-Hall'i dowodzą, że zmiany w unerwieniu współczulnem nie mają wpływu na wzrost.

Doświadczenia te należałoby zestawić z badaniami Locatelli, które dowodzą, że w regeneracji narządów układ współczulny nie odgrywa żadnej roli ale przeciwnie nerwy rdzeniowe. Musimy więc ściśle odróżnić wzrost i regenerację narządów od regeneracji tkanek, gdzie wpływ układu współczulnego jest niewątpliwy.

Badania Tinozzi'ego i Heim'a wykazują, że istnieje dość ścisły związek między układem współczulnym a nowotworami doświadczalnemi. Wyniki doświadczeń tych autorów stwierdzają, że po usunięciu zwojów współczulnych występują procesy wsteczne w zakresie nowotworów doświadczalnych. Guzy nowotworowe ulegają rozmiękaniu, wytwarzają się przetoki i nowotwór ginie wskutek zwyrodnienia i martwicy. Równocześnie zauważyć można brak przerzutów i polepszenie się ogólnego stanu zwierzęcia. Stwierdzenie tego faktu posiada duże znaczenie, najnowsze bowiem badania wykazują, że nowotwór doświadczalny inaczej zachowuje się w środowisku odnerwionem aniżeli w prawidłowem.

Tak przedstawiałyby się najnowsze dane, które stwierdzają ponad wszelką wątpliwość, że układ współczulny ma doniosłe znaczenie dla całego szeregu procesów biologicznych a przedewszystkiem dla regeneracji. Regeneracja zaś pozostaje w ścisłym związku z transplantacją i jest jej najważniejszym czynnikiem.

Celem naszych badań doświadczalnych było stwierdzenie znaczenia wpływu układu współczulnego dla skóry i jej elementów składowych. Skórę wybraliśmy celowo jako przedmiot tego studjum, gdyż posiada największą żywotność w ustroju, jak niemniej dlatego, że podstawą transplantacji są żywotne właściwości komórek, a wśród nich w pierwszym rzędzie ich odporność.

Jest rzeczą stwierdzoną zarówno doświadczalnie jak i klinicznie, że tkanki oddzielone od żywego ustroju mogą żyć dalej przez pewien okres czasu. Podczas gdy komórki zwojowe ośrodkowego układu nerwowego ulegają niechybnemu zwyrodnieniu już w kilka minut po ustaniu krążenia, względnie po odcięciu dopływu tlenu i gdy nabłonek nerek i wątroby również bardzo szybko reaguje na brak tlenu, to komórki nabłonkowe skóry w ciągu paru godzin a niekiedy nawet kilku dni, zachowują swą żywotność i zdolność dalszego rozmnażania się. Ta właściwość pozwala im na uzyskanie warunków rozwoju na nowem podłożu zanim wygaśnie ich siła żywotna. Pod tym względem tylko okostna wykazuje w przybliżeniu podobne własności.

To życie własne komórek jest jednem z najciekawszych zagadnień w biologji. Sprawa ta jednak ma nietylko doniosłe znaczenie biologiczne i naukowe, jest to rzecz niezwykle wielkiej wagi dla medycyny praktycznej, szczególnie zaś dla chirurgji. Gdyby nie ta właściwość, skuteczne przeszczepianie tkanek, oddzielonych od podłoża macierzystego, byłoby niemożliwe.

Z klinicznego punktu widzenia jest skóra szczególnie łatwo dostępna zarówno dla badań makroskopowych jak i drobnowidowych. W skórze zachodzą najdelikatniejsze zmiany krążenia, od których zależy cały szereg zaburzeń klinicznych. Zmiany w naczyniach włoskowatych i tętniczkach wywołują w niektórych schorzeniach naczyniowych objawy alarmujące, klinicznie jeszcze nieuchwytne.

Odpowiednie przygotowanie łożyska dla przeszczepu jest rzeczą najważniejsza. Także zachowanie się naczyń łożyska ma dla transplantatu niewątpliwie ogromne znaczenie. Szczególną doniosłość mają naszem zdaniem zmiany krążenia w ciągu pierwszych godzin po przeszczepieniu, gdy warunki odżywienia przeszczepu są bardzo niekorzystne.

Zmiany zachodzące w warunkach biochemicznych łożyska, wywołane przez neurotomję współczulną, skłoniły nas do przestudiowania również wpływu jej na homotransplantaty, co do których dziś jeszcze zdania są tak podzielone. Na podstawie nowszych badań możemy stwierdzić z całą stanowczością, że homotransplantacja zawodzi zupełnie u istot wyżej uorganizowanych. Z drugiej strony jednak trzeba zaznaczyć, że możemy przedłużyć życie homotransplantatów przez zastosowanie przeszczepu z osobnika tej samej grupy krwi, przez wstrzykiwanie surowicy dawcy, przez przyżyciowe nasycenie przeszczepu metalami (Asher, Schöne, Lexer, Tamman i Patrikalakis, Lehmann i Tamman) w końcu przez śródżylne podanie autolizatów odnośnych tkanek (Henschen). Homotransplantacja stanowi zagadnienie w zakresie chirurgji dziś jeszcze niezupełnie wyjaśnione i dlatego postanowiliśmy się zająć wzajemnym stosunkiem między homotransplantacją a układem współczulnym.

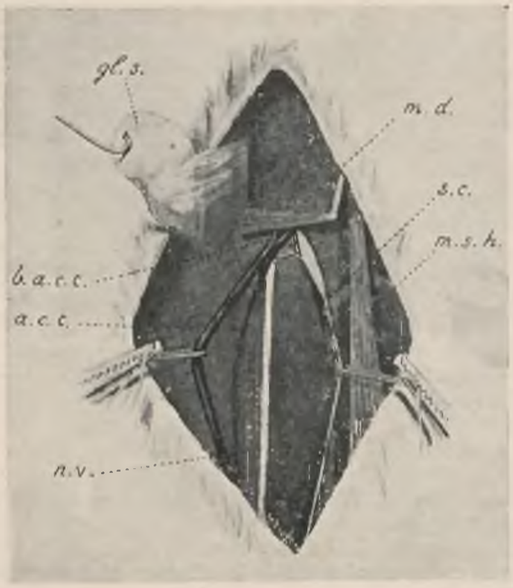
Technika badań i przebieg doświadczeń.

Badania nasze wykonywaliśmy wyłącznie na królikach samcach w wieku od 6-ciu miesięcy do jednego roku, ażeby wyłączyć wszelkie wpływy hormonalne, które u samicy mogą pozostawać w związku z jej życiem płciowem i w ten sposób oddziaływać na układ współczulny.

Zwierzęta do doświadczeń usypiano eterem.

W celu zbadania wpływu układu współczulnego na przeszczepianie usuwaliśmy górny zwój szyjny. Usunięcie tego zwoju daje zawsze bardzo wyraźny obraz porażenia nerwu współczulnego, a objawy tego porażenia możemy dokładnie spostrzegać zarówno klinicznie jak i drobnowidowo. Inaczej przedstawia się ta sprawa u królików przy wycięciu niższych odcinków nerwu współczulnego. Po usunięciu zwojów objawy występują wyraźniej i trwają dłużej niż po sympatektomji okołotętniczej. Ponadto sympatektomja okołotętnicza u królika, ze względu na małe światło naczyń, jest technicznie zabiegiem bardzo trudnym, a wyniki jej skutkiem tego są niepewne.

Dostęp do górnego zwoju szyjnego stwarzamy sobie w ten sposób, że z cięcia skórnego długości 5 cm na wewnątrz od kąta szczęki dolnej, po nacięciu powięzi szyjnej, odsuwa się mięsień sutkowo-mostkowo-obojczykowy wraz z żyłą szyjną zewnętrzną ku stronie zewnętrznej a gruczoł podszczękowy ku górze. W ten sposób dochodzimy wprost do pnia nerwowo-naczyniowego szyi. Po oddzieleniu tętnicy szyjnej głównej przesuwamy ją na podwiązce również na zewnątrz. Odsłaniamy w ten sposób nerw błędny, którego drażnienia w czasie zabiegu należy unikać, gdyż może ono spowodować śmierć bądź to podczas samej operacji bądź też w krótki czas po niej. Celem uniknięcia tego nowokainizowano nerw błędny roztworem 10%-ym. Posuwając się wzdłuż głównej



Rys. 1. Stosunki anatomiczne współczulnego pnia szyjnego u królika. gl. s. — glandula submaxil. m. d. — musc. digastr. (venter post.). a. c. c. — art. carotis com. b. a. c. c. — bifurcatio art. carot. com. m. s. h. — musc. sternohyoideus. s. c. — truncus sympathicus cervic. (wraz ze swoim zwojem górnym).

tętnicy szyjnej aż do jej rozgałęzienia na wysokości mięśnia dwubrzuścowego, w uchyłku poza tylnym jego brzuścem, ku tyłowi i na wewnątrz od rozdzielenia tętnicy szyjnej spotykamy zawsze górny zwój szyjny jako ciało podłużne, niekiedy dość wielkie (3 × 6 mm). Poniżej znajduje się gałąź zstępująca nerwu podjęzykowego i gałązki nerwu błędnego *(rami cardiaci)*. Ryc. 1.

Operując ostrożnie, zabieg ten możemy wykonywać nie nakładając ani jednej podwiązki. Jak najstaranniej należy unikać najmniejszego krwawienia, gdyż napojenie się krwią łącznej tkanki piankowatej, która się tu znajduje, powoduje natychmiast zatarcie szczegółów anatomicznych, co stawia pod znakiem zapytania dokładność samego zabiegu.

O ile górny zwój szyjny występuje stale, o tyle nie mogliśmy nigdy stwierdzić makroskopowo zwoju środkowego u królika, jakkolwiek w tym celu przeprowadziliśmy badania anatomiczne na 20-tu królikach martwych i na 45-ciu królikach, których użyto do naszych doświadczeń. Celem odsłonięcia zwoju odpowiadającego zwojowi dolnemu, względnie gwiaździstemu, który jest umieszczony dość głęboko, już w klatce piersiowej, uzyskujemy dobry dostęp do niego przez otwarcie stawu mostkowo-obojczykowego.

Najlepszy dowód skutecznego usunięcia górnego zwoju szyjnego stanowi bardzo wyraźne zwężenie źrenicy występujące niezwłocznie po zabiegu. Nazajutrz już stwierdzić można silne nastrzykanie naczyniowe spojówki.

Zasięg unerwienia współczulnego przez górny zwój, jak to wykazują nasze badania, ogranicza się do odpowiedniej połowy głowy, a dolne jego granice stanowi w przybliżeniu brzeg szczęki dolnej. Odnośnie do naczyń wycięcie górnego zwoju szyjnego powoduje rozszerzenie naczyń w zakresie tego odcinka, który zaopatrują tętnice szyjne, zewnętrzna i wewnętrzna.

W celu określenia granicy obszaru, w zakresie którego spostrzegamy rozszerzenie naczyń, poddawaliśmy badaniu drobnowidowemu obie małżowiny uszne, mięśnie i śluzówkę twarzy, gruczoły podszczękowe i mięśnie kończyn przednich. Badania te wykazują, że rozszerzenie naczyń jest bardzo wydatne w małżowinie po stronie operowanej, a mniej intenzywne, jakkolwiek zawsze bardzo wyraźne w obrębie mięśni twarzy. W gruczołach podszczękowych zauważyliśmy jedynie obrzęk po stronie, gdzie wykonano usunięcie zwoju. Unaczynienie mięśni kończyn przednich i łopatki jest zupełnie prawidłowe i nie wykazuje różnic między stroną operowaną a nieoperowaną. Dane te wskazują, że górny zwój szyjny unerwia współczulnie przestrzeń wyraźnie ograniczoną. Wyniki tych badań zgadzałyby się więc z wynikami osiągniętemi przez L e r i c h e 'a u człowieka, w innem naturalnie znaczeniu.

L e r i c h e udowodnił, że nerw współczulny szyjny unerwia czuciowo przestrzeń topograficznie ściśle ograniczoną. Drażnienie mechaniczne lub elektryczne górnego zwoju szyjnego wywołuje uczucie bólu na dnie oka na podstawie czaszki w uchu i w szczęce dolnej. Zakres tych promieniowań bólowych odpowiada topograficznie temu obszarowi rozszerzenia naczyń, względnie występowania obrzęku, jak to ustaliliśmy na podstawie naszych badań.

Musimy tu jeszcze zwrócić uwagę na inne objawy stwierdzone po usunięciu górnego zwoju szyjnego. Przedewszystkiem należy podkreślić, że po okresie 19—27 dni występuje dość gwałtowne cofnięcie się rozszerzenia naczyń. Naogół można powiedzieć, że rozszerzenie naczyń po usunięciu górnego zwoju przebiega w sposób następujący: w pierwszych 4—5 dniach rozszerzenie naczyń dochodzi do maximum, a następnie cofa się powoli, by po upływie czasu wyżej podanego ustąpić dość nagle.

Zwężenie źrenicy po usunięciu górnego zwoju jest zjawiskiem występującem stale i nieprzemijającem. Utrzymuje się ono także w czasie najgłębszego uśpienia i obserwujemy je nawet po śmierci zwierzęcia lub po wyłuszczeniu gałki ocznej w przeciągu $^1/_2$—$1^1/_2$ godziny.

Transplantacje wykonywaliśmy zawsze na wewnętrznej powierzchni małżowiny, usuwając skórę na obu małżowinach w rozmiarach zupełnie jednakowych. Ponieważ chrząstka stanowi dużą przeszkodę dla odżywiania przeszczepów zmieniając jego warunki, i ponieważ zaciera ona szczegóły obrazu drobnowidowego z punktu widzenia stosunku podłoża do przeszczepu — usuwaliśmy ją w tych samych wymiarach co i skórę. Z powodu znacznego wzmożenia wysięku i limfotoku, jakie występują w ciągu pierwszych kilku godzin po usunięciu zwoju, wskazanem jest wykonywać przeszczepianie w 2—3 dni po neurotomji. Ażeby wykonywać wstrzyknięcie zawiesiny nabłonka, należy przeczekać 2—3 dni, t. j. do pojawienia się ziarniny, wcześniejsze bowiem wykonanie tego rodzaju wstrzykiwania, jest przeciwskazane z uwagi na delikatność skóry małżowiny.

Obok doświadczeń nad przeszczepianiem badaliśmy również oddziaływanie sympatektomji na zachowanie się komórek nabłonkowych własnych i obcych. W tym celu wstrzykiwaliśmy je między obie blaszki skórne małżowiny, co odpowiada hodowli komórek w środowisku organicznem i pozwala nam badać wpływ działania środowiska zmienionego przez sympatektomję na te komórki.

Pobrany do badania drobnowidowego materjał utrwalaliśmy w płynie Bouin'a, skrawki ustalano metodą parafinową. Barwiono trójchromem Masson'a, hematoksyliną — eozyną — szafranem i hematoksyliną — eozyną — fukseliną — szafranem (dla tkanki elastycznej).

Wolne przeszczepianie.

Wolne przeszczepianie tkanek ludzkich w nowoczesnem tego słowa znaczeniu jest jedną z ostatnich zdobyczy chirurgji. Początki jej datują się od drugiej połowy XIX. wieku. Pionierami wolnego przeszczepiania skóry byli Ollier, Reverdin, Thiersch. Niektóre poglądy tych autorów i ich następców mają w dobie dzisiejszej już tylko znaczenie historyczne. Przyznać jednak należy, że wolne przeszczepianie przez nich zapoczątkowane, znalazło zastosowanie w szerszym zakresie i że dziś po pracach krytycznych Marchanda, Brauna, Lexera i Schönego zawdzięczamy im piękne wyniki w ważnym dziale chirurgji współczesnej.

Przez wolne przeszczepianie rozumiemy przerwanie ciągłości anatomicznej między daną tkanką a jej podłożem macierzystem i przeszczepienie tej tkanki w inne miejsce tego samego lub innego gatunku. Autotransplantacją nazywamy zatem przeszczepianie tkanek w obrębie tego samego ustroju, homotransplantacją lub izotransplantacją przeszczepianie między dwoma osobnikami

tego samego gatunku, a heterotransplantacją lub zootransplantacją ten sam zabieg wykonany między dwoma osobnikami, należącymi do innych gatunków. Jeśli wszczepiamy materjał nieorganiczny, mówimy wówczas zgodnie z Marchandem o alloplastyce.

Do niedawna jeszcze chirurgowie uważali homotransplantację między dwoma osobnikami tego samego gatunku za rzecz naturalną i zrozumiałą samą przez się, niepotrzebującą uzasadnienia teoretycznego. Wymagano jedynie, ażeby odnośni osobnicy pozostawali w stosunku do siebie w pokrewieństwie. Sprawa ta jednak posiada po dziś dzień wiele punktów niejasnych. Jedno można dziś już przyjąć jako pewnik, a mianowicie, że homotransplantaty skóry po okresie pozornego wgojenia się, trwającego najwyżej 2—3 tygodnie, wydzielają się podobnie jak ciała obce. Wydzielanie ich następuje drogą ropienia lub martwicy. Objawy zmian wstecznych i nieprzyjęcia się przeszczepów występują pod mikroskopem już znacznie wcześniej. Jedynie komórki nabłonkowe embrjonalne dają wyniki nieco bardziej zadowalające. Natomiast badania na zwierzętach wykazały, że homotransplantacja może dać w niektórych wypadkach wyniki trwałe, tem korzystniejsze im niższe filogenetycznie gatunki czynimy przedmiotem naszych badań.

Pomyślne wyniki homotransplantacji, ogłoszone przez jednych, a z drugiej strony wyniki ujemne, stwierdzone przez innych, skierowały uwagę autorów ku badaniu przyczyn niepowodzenia, których według poglądu najbardziej przyjętego, szukać należy w różnicy biochemicznej między białkiem a surowicą krwi u poszczególnych osobników. Różnica ta wywołuje działanie toksyczne łożyska przeszczepu i wytwarza pewien rodzaj odporności przeciw tkance przeszczepionej, względnie przeciw obcemu białku wprowadzonemu wraz z przeszczepem.

Zjawiska aglutynacji, jak również nauka o grupach krwi, które w dobie obecnej mają tak doniosłe znaczenie kliniczne, poddały myśl, że przeszczepy transplantowane z jednego osobnika na drugiego tego samego gatunku, mogłyby się wgoić, o ileby odbiorca należał do tej samej grupy krwi. Nowoczesne też metody kliniczne zdążają ku zużytkowaniu dla celów przeszczepiania pewnych związków biologicznych, wynikających z podziału na grupy krwi. Schovan, Deucher i Ochsner, Kubanyi i Dyke uzyskali wyniki pomyślne stosując w homotransplantacji zasady izoaglutynacji. Według zapatrywań tych autorów warunkami zasadniczemi dla przyjęcia się homotransplantatu są pokrewieństwo dawcy z odbiorcą i przynależność do tej samej grupy krwi. Jelansky wykonał 78 przeszczepień z tego 11 autotransplantacyj, a 67 homotransplantacyj. Według niego badanie drobnowidowe wykazuje podobieństwo między obrazami homotransplantatów i autotransplantatów, o ile przeszczepianie było wykonane zgodnie z zasadami izoaglutynacji. Różnica polega na tem tylko, że rozrost nabłonka homotransplantatu jest atypowy, że pojawiają się nacieki leukocytarne i zwyrodnienie komórek nabłonkowych i że wreszcie przeszczep ulega resorbcji i służy jako podłoże dla odradzania się własnego nabłonka danego osobnika. Jeżeli zaś grupy krwi są odmienne wówczas przeszczep ulega natychmiast wydaleniu bez żadnej skłonności do regeneracji.

Podczas gdy niektórzy autorowie utrzymują, że izoaglutynacja stanowi dostatecznie pewny warunek przyjęcia się homotransplantatu, zdaniem innych izoaglutynacja nie może w żadnym wypadku zmienić niepomyślnego ostatecznie wyniku. Po licznych doświadczeniach i badaniach Lexer i jego szkoła doszli do wniosku, że wszystkie homotransplantaty giną w ciągu 14-tu dni skutkiem suchej martwicy albo drogą wydalenia przeszczepu przez naciek lub ropienie choćby nawet dawca i odbiorca należeli do jednej grupy krwi. Lexer twierdzi, że ci, którzy podają pomyślne wyniki homotransplantacji, nie obserwowali dokładnie przebiegu wgajania się przeszczepu.

Badania Fasiani'ego wykazały słuszność poglądów Lexera, według których homotransplantat skórny ginie stale, podczas gdy autotransplantat daje zawsze wyniki dodatnie.

Jak okaże się w dalszej części niniejszej pracy, sprawa homotransplantacji była ostatnio badana na szerszą skalę szczególnie z uwagi na jej związek z przetaczaniem krwi. W każdym razie należy stwierdzić, że okres życia przeszczepów można znacznie przedłużyć odtwarzając sztucznie warunki tego środowiska, z którego przeszczep pobrano. W jednym z naszych przypadków udało się nam utrzymać przy życiu homotransplantat przez 41 dni wykonując przeszczepianie zgodnie z izoaglutynacją. Po upływie tego czasu uległ on gwałtownej martwicy.

Dość sprzeczne są poglądy na przyczyny złych wyników w homotransplantacji. Zdaniem Oshimy różnica biochemiczna surowicy odbiorcy działa na przeszczep w sposób dotąd niezbadany i powoduje zwyrodnienie, podczas gdy inne czynniki wywołują objawy zapalenia niebakteryjnego podłoża przeszczepu, czego ostatecznym wynikiem jest właśnie martwica. Schöne natomiast sądzi że martwicę przeszczepu przypisać należy działaniu toksycznemu płynu tkankowego, z którym łączy się odporność miejscowa lub ogólna przeciw tkance obcej, względnie że przeszczep ginie skutkiem wyniszczenia, spowodowanego brakiem pożywienia lub raczej niemożnością przyswojenia sobie środków potrzebnych do życia.

Jest rzeczą wysoce znamienną, że u zwierząt wyższych, żyjących nawet w parabiozie, homotransplantacja zarówno wolna jak i uszypułowana nie daje wcale lepszych wyników.

Według Ribberta i Ehrlicha przyczyna niepowodzenia leży w różnicy biologicznej ciałek białych u odnośnych osobników. Eden znów podkreśla, że winę wyniku ujemnego należy przypisać zaburzeniu miejscowemu aglutynacji podłoża, spowodowanemu przez uraz operacyjny.

Niemniej jednak udaje się przedłużyć dalsze życie przeszczepu oderwanego od podłoża macierzystego. Surowica krwi w tym względzie odgrywa dużą rolę. Badania Kubanyi'ego i Jacoba wykazują, że tkanki eksplantowane żyją znacznie dłużej, gdy je umieścimy w surowicy tej samej grupy krwi. Baetzner i Beck w celu przedłużenia życia homotransplantatów stosują wielokrotne i w dawkach rosnących wstrzykiwania surowicy dawcy i wyciągu odnośnych tkanek, pragnąc tym sposobem umożliwić zniwelowanie przeciwciał powstałych w ustroju odbiorcy. Są oni zdania, że przeciwciała łączą się raczej z surowicą i ze wstrzykiwanym wyciągiem, aniżeli z komórkami homotransplantatu. Lexer przez okres 8-tygodniowy utrzymywał przy życiu homotransplantat podając surowicę dawcy. Inni starali się opóźnić śmierć przeszczepu przez przyżyciowe nasycanie go solami metali. W tym celu Lehmann i Tamman stosowali elektrokolargol, Tamman zaś i Patrikalakis koloidalny roztwór siarki.

Do ciekawych wyników doszedł Henschen. Mówi on o działaniu swoistem wstrzykiwań śródżylnych autolizatów tkanek i narządów, przyspieszającem szybkość rozrostu odnośnych przeszczepów. Wówczas ustrój, któremu wszczepiono homotransplantaty lub heterotransplantaty utrzymuje je w warunkach zbliżonych do Carrelowskiej sztucznej hodowli tkanek. Elementa komórkowe przeszczepów zachowują swą zdolność rozrastania się tak długo, jak długo mają zapewnione odpowiednie odżywienie, zanim nie nastąpi zatamowanie jego dopływu przez otorbienie przeszczepu tkanką łączną. Koniecznem jest stosowanie autolizatów niezbyt stężonych, w przeciwnym bowiem razie grozi zwyrodnienie komórek przeszczepionych. Tą drogą Henschen sformułował prawo biologiczne, według którego składniki swoiste powstające skutkiem rozpadu, podawane w dawkach stężonych, wywołują zwyrodnienie lub śmierć przeszczepu, w dawkach zaś słabszych pobudzają go do rozwijania się. Na szczególną uwagę zasługuje przytem fakt, że zdolność regeneracyjna autolizatów ma miejsce zarówno przez stosowanie ich bezpośrednie miejscowe jakoteż drogą układu naczyniowego.

Proces chemiczny autolizy przebiega dość zawile. Odczyn środowiska, w którem powstaje autoliza przechodzi w fazy kwaśne i zasadowe. Proces ten nie dochodzi do ostatnich elementów rozpadu, ponieważ w fazie zasadowej występują resyntezy.

Katzenstein wstrzykiwał dawcy wyciągi z tego samego rodzaju tkanek, które przeszczepiał. Wielokrotnie ponawiał on wstrzykiwania surowicy dawcy wprost na łożysko przeszczepu i w ten sposób osiągał przedłużenie życia homotransplantatów i heterotransplantatów. Nigdy jednak nie udało mu się uzyskać wgojenia trwałego.

C. d. n.

Dr. Adolf SCHWARZBART. Kraków.

Nowa tablica wykresowa obrazu leukocytowego i jej zastosowanie kliniczne.

Z Oddziału otolaryngologicznego Szpit. izraelickiego w Krakowie.
Ordynator Dr. A. Schwarzbart.
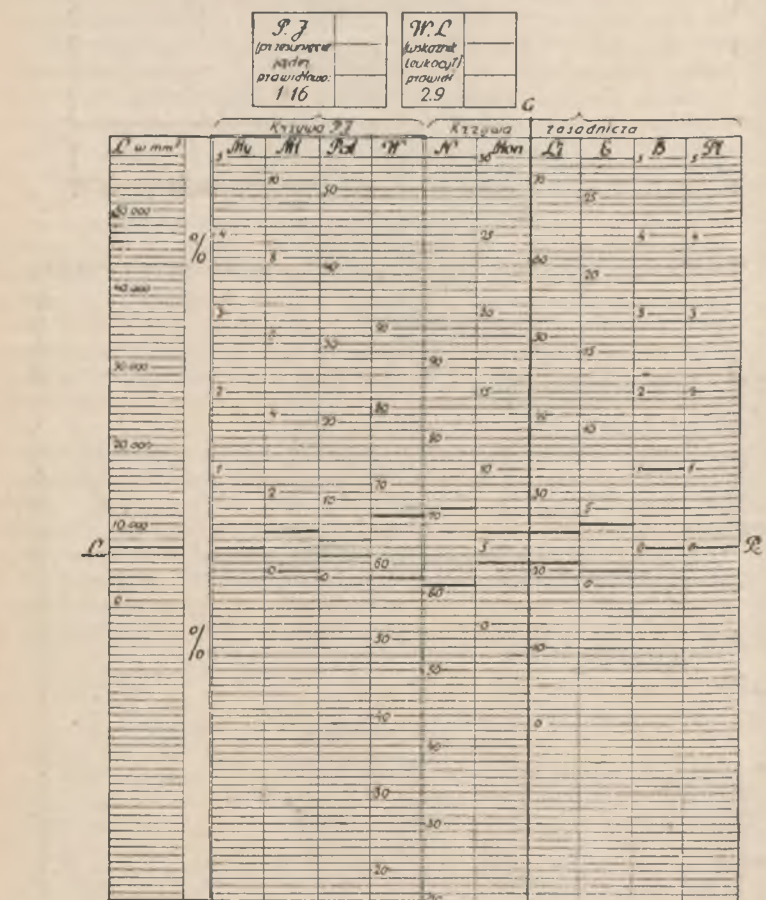
Wśród rosnącego w ostatnich dziesiątkach lat znaczenia hematologji w ocenie zjawisk chorobowych wysuwa się często na pierwszy plan doniosłość obrazu leukocytowego. W ostrych i przewlekłych sprawach zakaźnych znajomość jego jest nieraz niezbędną. Jednakże i w innych działach medycyny ważność jego jest jużto niewątpliwa, jużto przedmiotem pilnych badań. W tem miejscu zbytecznem jest udowadniać to twierdzenie. Wystarczy wskazać przykładowo na schorzenia układu myeloi erytroblastycznego, endokrynologicznego, neurowegetatywnego, na schorzenia przyrody anafilaktycznej względnie alergicznej, na skazy, czerwie, choroby przemiany materji i t. d. W ten sposób można śmiało powiedzieć, że w posługiwaniu się obrazem leukocytowym zainteresowanym jest internista i chirurg, pedjatra i gi-

nekolog, okulista i otolaryngolog, niekiedy nawet dermatolog i neurolog. Korzystać z niego może nietylko klinicysta, lecz także lekarz praktyk, balneo- i fizjoterapeuta.

Korzystaniu z obrazu leukocytowego w szerszej mierze stoi na przeszkodzie szereg czynników. Obok młodości zdobyczy hematologicznych i zapór tkwiących w technice sporządzania, badania i należytego odczytania preparatów drobnowidowych należy tu wymienić pewną t r u d n o ś ć w s z y b k i e j k l i n i c z n e j o c e n i e u z y s k a n y c h j u ż w y n i k ó w b a d a n i a. Trudność ta pochodzi ze skomplikowanych bądź co bądź stosunków obrazu leukocytowego. Zniechęcają one naogół lekarza do myślenia kategorjami hematologicznemi przy ocenie zjawiska chorobowego. Zrozumienie tego faktu budziło już oddawna w hematologji dążność do możliwie uproszczonego ujęcia obrazu leukocytowego. Tak też należy zrozumieć znaczenie hemogramu S c h i l l i n g a. Jest on pomostem między pracownią specjalisty i skomplikowanym systemem A r n e t h a, a potrzebami praktyki codziennej. Niemniej jednak i ten hemogram zawiera jeszcze koło dziesięciu zasadniczych elementów. Z wahaniami w ich wartościach, często bardzo nieznacznemi a dla oceny klinicznej ważnemi lekarz nie będący hematologiem niełatwo daje sobie radę, gdyż nie przemawiają one w liczbowem ujęciu dość wyraźnie do jego wyobraźni. Powstaje tedy pytanie, czy liczbowe zestawienie zdolnem jest jeszcze do dalszych uproszczeń. Nasuwa się tutaj w pierwszym rzędzie m e t o d a w y k r e s o w a. Należy przypomnieć analogiczne zjawisko spostrzegane w notowaniu ciepłoty ciała, tętna i t. d., gdzie mimo wielkiej prostoty panujących w tej dziedzinie stosunków wykres w formie „krzywej“ współzawodniczy z powodzeniem z zestawieniem liczbowem.

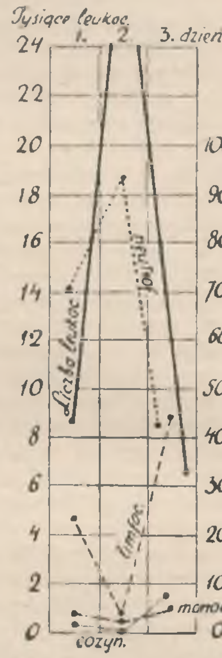
Fig. 1.
T a b l i c a d l a w y k r e s ó w l e u k o c y t o w y c h według Dra S c h w a r z b a r t a.

	Ogólna ilość Leukocytów w mm³		Myelocytów	Młodocianych	Pałeczkowatych	Wielojądrzastych	Ogólna ilość Neutrofilnych	Monocytów	Limfocytów	Eozynofilnych leukocytów	Bazofilnych leukocytów	Plazmatycznych
Prawidłowo	6-8.000	%	0	0-1	3-5	58-66	61-71	4-6	21-25	1-4	0-1	0
Wynik badania:												



Dążenie do posługiwania się krzywą wykresową widzimy istotnie także w hematologji. Zasady jednak stosowane dotąd przy rozwiązaniu tego zagadnienia są mało racjonalne i prowadzą wskutek tego tylko do połowiczych wyników. „Krzywe leukocytowe“ dotychczasowe dają pewne korzyści jedynie przez uwydatnienie odchyleń liczbowych, zachodzących na dłuższą metę w p o j e d y n c z y c h gatunkach krwinek białych. Korzyści te występują szczególnie na jaw w tak zwanych „krzywych biologicznych“ (Biologische Leukozytenkurven). Lecz i tutaj korzyści te są nierównomierne, zależnie od gatunku leukocytów. Krzywe np. eozynofilów lub monocytów, których liczba odsetkowa jest zwykle wogóle mała, występują tam bardzo mało charakterystycznie. Przyczyna leży w samej istocie zasady, stosowanej przy odnośnych tablicach. Jak widać (fig. 2) z podanego rysunku wziętego z książki S c h i l l i n g a (Das Blutbild und seine klinische Verwertung) z roku 1929, tablice te opierają się na podziałce pionowej, wspólnej dla wszystkich gatunków leukocytów a biegnącej w górę od punktu zerowego. Jedynie dla bezwzględnej liczby leukocytów w mm³ zastosowana jest nieco odmienna podziałka w tysiącach, wychodząca zresztą z tego samego zera podstawowego, w tak zwanych zaś krzywych biologicznych, o których była już mowa, odmienia S c h i l l i n g podziałkę dla neutrofilów w ten sposób, że rozpoczyna ją na dole zamiast od zera, od 30%. Wysiłki te dla poprawienia chybionej zasadniczo metody graficznej z natury rzeczy są mało skuteczne. Nie zmieniają one nierównomiernej plastyki poszczególnych krzywych i nie są w stanie usunąć faktu, że n. p. subnormalne odsetki neutrofilów wyrażają się w krzywej znacznie wyżej położonej, aniżeli patologicznie zwiększone odsetki monocytów albo nawet limfocytów. Następnie równoczesne wyniki jednego badania umieszczone ponad, względnie popod sobą nie pozostają do siebie w żadnym stosunku wykresowym. Wreszcie ilość elementów, dających się w ten system wtłoczyć jest bardzo ograniczona, w przeciwnym bowiem razie powstaje wielka chaotyczność wykresu. Z tego też powodu odmiany neutrofilów, ważne dla obrazu przesunięcia jąder według Arnetha i Schillinga jak np. myelocyty, pałeczkowate i t. d. nie znajdują w tych wykresach pomieszczenia. Jako surogat wstawia S c h i l l i n g w swoje krzywe biologiczne odsetkową ilość łączną wszystkich niedojrzałych form neutrofilów. Odnośna krzywa nie przedstawia jednak tej wartości klinicznej co obraz A r n e t h a i dzieli omówione już wady z innemi krzywemi.

Fig. 2.



Poniżej przedstawiam nieco odmienne zasady dla stosowania wykresów leukocytowych i sądzę, że niezależnie od korzyści stosowanych dotychczas krzywych, ocenionych powyżej z ich dodatniej i ujemnej strony, stanowić one będą pewien postęp i uproszczenie; w wykresach naszych umieszczamy równoczesne wyniki badania wszystkich gatunków ciałek białych krwi obok siebie i te równoczesne wyniki łączymy w jedną wspólną krzywą.

Mniej więcej w połowie wysokości tablicy wykresowej kładziemy linję poziomą t. zw. „l i n j ę n o r m y“ Lw — Pr. (patrz fig. 3), przez którą biegną kolejno wartości przeciętne prawidłowe dla wszystkich uwzględnionych na tablicy poszczególnych odmian białych ciałek krwi. W ten sposób do każdej odmiany krwinek przynależy jedna kolumna pionowa z własną podziałką biegnącą wgórę i wdół dla wartości nadnormalnych względnie podnormalnych. Każda z tych t. zw. „p o d z i a ł e k k l i n i c z n y c h“ jest indywidualnie przystosowana do maksymalnej plastyki wykresowej, wymaganej w celach klinicznych dla poszczególnych gatunków krwinek.

Wskutek zastosowania „linji normy“ i „podziałki klinicznej“ nasza krzywa jednoczesnych wyników badania czyli t. zw. „k r z y w a s y n c h r o n i c z n a“ uwydatnia bardzo dobitnie wszelkie odchylenia od stosunków prawidłowych.

Szereg kolejnych następujących po sobie badań może z łatwością znaleść pomieszczenie na tej samej tablicy pod postacią nieco odmiennych (np. wyciągniętych, kreskowanych i t. d. lub różnokolorowych) krzywych. Kolejne zmiany w ukształtowaniu tych krzywych dają bardzo charakterystyczne odzwierciedlenie zmian dokonujących się w obrazie leukocytów. Poszczególne wyniki kolejne dla jednej i tej samej odmiany znajdują się zawsze ponad względnie popod sobą w tej samej kolumnie pio-

nowej. Na tem wyczerpują się ogólne zasady stosowanych przezemnie wykresów.

Podana w fig. 3 tablica przystosowana jest do potrzeb otologicznych ze szczególnem uwzględnieniem ropnego zapalenia ucha środkowego i jego powikłań. Wzór ten może wszakże być uważany za ogólny, wystarcza bowiem dla przeważającej ilości wskazań klinicznych [1]) za wyjątkiem takich jak np. leukemja i t. p., gdzie występują wyjątkowo silne odchylenia w poszczególnych gatunkach krwinek białych, albo też gdzie zależałoby na uwzględnieniu wykresowem składników nie mających zazwyczaj praktycznego znaczenia jak np. myeloblastów, erytroblastów i t. p. Dla takich wyjątkowych celów łatwo dzięki elastyczności omawianej tu zasady stworzyć odpowiednie odmiany tablic.

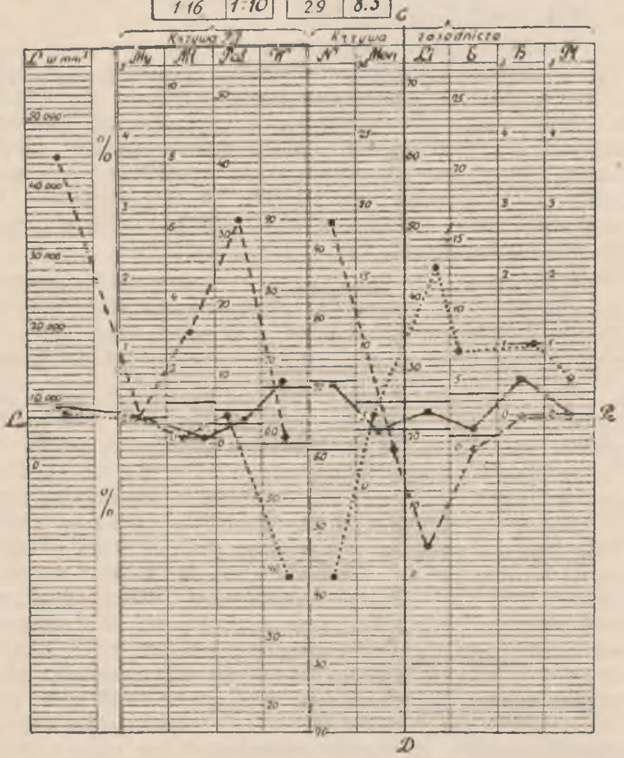
W tablicy naszej zauważyć można inną kolejność poszczególnych składników niż w hemogramie S c h i l l i n g a. Kolejność ta u S c h i l l i n g a opiera się najwidoczniej na pochodzeniu poszczególnych gatunków krwinek białych z rozmaitych układów krwiotwórczych. Stąd w myśl teorji trializmu idą naprzód bazo-, eozyno- i neutrofile w ich różnych odmianach, potem limfocyty,

Fig. 3.

		Ogólna ilość Leukocytów w mm³		Myelocytów	Młodocianych	Pałeczkowatych	Wielojądrzastych	Ogólna ilość Neutrofilnych	Monocytów	Limfocytów	Eozynofilnych Leukocytów	Bazofilnych Leukocytów	Plazmatycznych
Prawidłowo		6-8.000	%	0	0-1	3-5	58-66	61-71	4-6	21-25	1-4	0-1	0
Wynik badania	I	8.600		0	0	3.5	67	70.5	4	23.5	1.5	0.5	0
	II	44.000		0	2.5	32	59	93.5	2.5	4	0	0	0
	III	7.600		0	0	4	38.5	42.5	5	44	7	1	0.5

P. J. (przesunięcie jąder) prawidłowo 1:16	
	1:19
	1:1.5
	1:10

W. L. (wskaźnik leukocyt.) prawid. 2.9	
	2.9
	23
	8.5



a na końcu monocyty. Już W ą s o w s k i [2]) słusznie porzuca ten punkt widzenia i modyfikuje hemogram S c h i l l i n g a pod kątem czysto klinicznym, umieszczając eozyno i bazofile po monocytach. Wychodzi przytem z założenia, że w ten sposób krwinki, których ukazywanie się, względnie przewaga w obrazie leukocytowym w przebiegu spraw ropnych przemawia zazwyczaj za poprawą rokowania, są jednolicie zgrupowane po stronie prawej hemogramu, a krwinki o przeciwnem znaczeniu klinicznem po lewej. W ą s o w s k i również po stronie prawej dołącza w hemogramie komórki plazmatyczne, mające analogiczne znaczenie jak bazofile. W moim hemogramie przejmuję te słuszne modyfikacje, dodając dalsze. Ustawiam mianowicie monocyty przed limfocytami, a przed monocytami wstawiam dodatkowo liczbę odsetkową wszystkich neutrofilów.

[1]) Druki tablic do nabycia u firmy W. R o s e n b l u m, Kraków, ul. Grodzka 40.

[2]) T. W ą s o w s k i: Formuła leukocytowa w ropnem zapaleniu ucha środkowego. Wilno 1925.

W ten sposób dopiero zapatrywania obecne, — i to właśnie Schillingowskie — odzwierciedlają się przejrzyście w tej części hemogramu. Mam tu na myśli trzy okresy przebiegu ostrych spraw ropnych: 1) neutrofilny okres walki, 2) monocytowy okres obrony i 3) limfocytowy okres zdrowienia.

Wszystkie omówione dotąd główne gatunki leukocytów zajmują od neutrofilów aż po komórki plazmatyczne prawą część hemogramu. Odnośną część krzywej określam jako „krzywę zasadniczą". — Łatwo zrozumieć, że wykreślona na powyższych zasadach krzywa z jej charakterystycznemi wzniesieniami i spadkami posiada wielką wyrazistość i plastykę kliniczną w przebiegu spraw ropnych. Plastyka ta staje się tem większą przy obserwacji i porównaniu kilku na tej samej tablicy kolejno nakreślonych krzywych. Dla dokładniejszego oddzielenia dwóch pierwszych okresów od trzeciego okresu (zdrowienia) naznaczoną jest silniej odnośna linja pionowa G—D między obiema grupami.

Środkową część tablicy zajmują odmiany neutrofilów obrazu A r n e t h a. Odnośną krzywę określam jako „krzywę przesunięcia jąder" czyli krótko „krzywę P. J.". Lewą część tablicy zajmuje kolumna dla ogólnej ilości krwinek białych w mm³.

Graniczne wartości przeciętne prawidłowe w odniesieniu do człowieka dojrzałego są na poszczególnych podziałkach zaznaczone poziomemi grubszemi linjami t. zw. „linjami granicznemi". Dla lepszej charakterystyki „krzywej zasadniczej" nie należy jej łączyć z pozostałą częścią krzywej.

Ponad tablicą podane są liczbowo przeciętne wartości hemogramu z omówionemi przezemnie zmianami co do kolejności. Tam też znajduje się miejsce na liczbowe zapiski trzech kolejnych wyników badań włącznie z wskaźnikiem przesunięcia jąder t. j. liczbą stosunkową niedojrzałych neutrofilów (My + Ml + Pał) do wielojądrzastych, i z „wskaźnikiem leukocytowym K r e b s a", t. j. liczbą stosunkową neutrofilów do limfocytów, przyjmując te ostatnie za jednostkę.

W fig. 1. pokazany jest przykład pomieszczenia trzech krzywych na jednej tablicy. Krzywa pierwsza (wyciągnięta linja) pochodzi z przypadku *otitis media simplex.* Obrazuje ona stosunki w przybliżeniu prawidłowe, co wyraża się w ten sposób, iż nie wykracza ona niemal nigdzie poza „linje graniczne". Krzywa druga (kreskowana) pochodzi z okresu największego nasilenia groźnego przypadku *meningitis otogenes purulenta.* Wykazuje ona cechy charakterystyczne „okresu walki". Krzywa trzecia pochodzi z tego samego przypadku w „okresie zdrowienia". Jakkolwiek liczby, podane w nagłówku tablicy nie mówią w rzeczy samej nic innego jak odnośne krzywe, to przecież, — podobnie jak ma się rzecz z krzywemi gorączkowemi — *krzywe nasze działać muszą na lekarza przy łóżku chorego znacznie szybciej, żywiej i bez porównania bardziej plastycznie swym symbolicznym skrótem wzrokowym.*

Korzyści naszej metody wystąpią szczególnie wyraźnie, jeśli porównamy figurę pierwszą (1) z figurą drugą (2), opartą na metodzie S c h i l l i n g a. W obu bowiem wykreślone są różnemi metodami te same dane hematologiczne.

Zestawienie to i przytoczone wywody upoważniają do nadziei, że proponowane przezemnie tablice sporządzone w tej lub innej odmianie wedle przytoczonych zasad znajdą — podobnie jak karty gorączkowe — szerokie zastosowanie w świecie lekarskim, przyczyniając się do wykorzystania przy łóżku chorego wyników nowoczesnej hematologji.

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Albin GARBIEŃ, I. asyst. Państw. Szk. Położn. Lwów.

Kilka uwag o operacji radykalnej raka szyji macicy sposobem Wertheima [1]).

Z Oddziału położniczo-ginekologicznego Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie. Prymarjusz: Prof. Dr. Adam S o ł o w i j.

Raka szyji macicy możemy leczyć albo energją promienną (Roentgen, rad, mesotor), albo operacyjnie.

Operacyjne leczenie możliwe jest drogą pochwową lub brzuszną. Operowanie raka szyi macicy przez pochwę było obowiązującym sposobem leczenia w XIX wieku — nawet podanie przez F r e u n d a w r. 1878 sposobu całkowitego usunięcia macicy *per laparotomiam* nie zmieniło zasad ówczesnego postępowania, gdyż zastosowanie operacji freundowskiej do raka szyi macicy dawało i wielką śmiertelność pooperacyjną i bardzo wielki odsetek nawrotów; dlatego tuż po roku 1878 posługiwano się tylko wyjątkowo drogą brzuszną, a pozostało w dalszym ciągu operowanie przez pochwę, dające mniejszą śmiertelność pooperacyjną, ale też

[1]) Wykład w Lwowskiem Tow. Ginekologicznem 25. XI. 1930.

bardzo mały odsetek wyleczeń trwałych. Rok 1900 przyniósł nową metodę operacyjną: „rozszerzoną brzuszną operację w raku szyi macicy" sposobem Wertheima. Metoda ta uzyskała sobie niebawem wszędzie prawo obywatelstwa i mniejwięcej do r. 1920 była jedynym obowiązującym sposobem postępowania. Równocześnie z rozpowszechnieniem operacji Wertheima pojawia się nowy sposób leczenia raka — energją promienną, która coraz skuteczniej zaczęła wypierać operacyjne leczenie. Po roku 1920 niektórzy ginekolodzy (Halban, Stoeckel) wrócili do starych metod operowania przez pochwę, modyfikując je odpowiednio, tak, że obecnie mamy trzy metody operacyjnego leczenia raka szyi macicy.

1) Rozszerzona operacja brzuszna sposobem Wertheima, polegająca na całkowitem usunięciu macicy wraz z przydatkami i odpowiednim manszetem pochwy, obustronnem wypreparowaniu moczowodów, jak najwydatniejszem usunięciu przymaciczy i usunięciu powiększonych gruczołów chłonnych miednicy *(lymphoglandulae hypogastricae et iliacae).*

2) Brzuszna operacja sposobem Freunda, t. j. całkowite usunięcie macicy i przydatków.

3) Rozszerzona operacja pochwowa (modyfikacje sposobu Schauty-Schuchardta), polegająca na wypreparowaniu manszetu pochwowego, zeszyciu go na głucho i całkowitem usunięciu macicy wraz z manszetem pochwowym.

Tak operacja freundowska, jak i pochwowa, mają dość znacznie ograniczony zakres wskazań, bo nadają się do tych zabiegów tylko przypadki raka szyi w samych początkach choroby i przypadki lekkie, w których naciek nowotworowy nie przekroczył ścian szyi macicy t. j. przymacicza są wolne od nacieku, a gruczoły chłonne miednicy wolne od przerzutów nowotworowych. We wszystkich przypadkach, które nie odpowiadają tym warunkom, wykonana operacja freundowska lub pochwowa nie może dać wyników dobrych, ponieważ najdrobniejsze nawet ogniska nowotworowe, pozostawione w przymaciczach lub w gruczołach chłonnych, są źródłem powstania nawrotów pooperacyjnych.

Wszystkie przypadki raka szyi macicy, w których naciek nowotworowy przekroczył ściany szyi, muszą być operowane radykalniej, nawet jak najradykalniej, by można było otrzymać wyleczenie po zabiegu operacyjnym. Warunkom tym odpowiada tylko operacja sposobem Wertheima. Wyższość jej ponad operacją pochwową polega na tem, że droga brzuszna daje dokładny przegląd nacieków rakowych i najlepszy dostęp do moczowodów, które podczas całej operacji mogą być kontrolowane wzrokiem. Droga brzuszna umożliwia postępowanie jak najradykalniejsze z usunięciem wydatnem przymaciczy i gruczołów, podczas gdy równie radykalne operowanie przez pochwę jest niemożliwe, gdyż niedostępne są dla tej drogi gruczoły chłonne, a wydatne usuwanie przymaciczy musi spowodować znaczne obrażenia moczowodów, ponadto niemożliwe jest opanowanie przez pochwę krwawienia podczas radykalnego zabiegu.

Ujemną stroną operacyj brzusznych, w porównaniu do pochwowej, jest większy uraz operacyjny i większa śmiertelność pooperacyjna.

Wskazania do operacji sposobem Wertheima dają przypadki raka szyi macicy od zmian początkowych do niedużego nacieczenia przymaciczy włącznie. Ważnym szczegółem orjentacyjnym jest ruchomość macicy, która w razie nacieczenia przymaciczy bywa mniej lub więcej ograniczona. Oczywiście w każdym przypadku unieruchomienia macicy trzeba wziąć pod uwagę możliwość zmian zapalnych, które w pewnych przypadkach mogą imitować daleko na przymacicza posunięte nacieki nowotworowe. Każdy przypadek musi być badany przez odbytnicę dla stwierdzenia stosunku nacieku nowotworowego do prostnicy. W przypadkach nacieczenia przymacicza przedniego musi być wykonane wziernikowanie pęcherza moczowego.

Przeciwwskazania do operacji Wertheima są następujące: przypadki zaniedbane (naciek nowotworowy w narządach sąsiednich, na okostnej miednicy, przerzuty w otrzewnej lub w wątrobie, charłactwo nowotworowe), kiła (Szymanowicz), miażdżyca naczyń krwionośnych, wady serca lub ciężkie schorzenia innych narządów, wreszcie nadmierna otyłość.

Pozwolę sobie przedstawić preparaty operacyjne i omówić operację Wertheima na podstawie materjału operacyjnego Oddziału ginekologicznego Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie, gdzie w ostatnim 1¹/₂ roku wykonałem 53 operacyj Wertheima na materjale chorych, jak to później omówię, w większości znacznie już w chorobie posuniętych. Oczywiście nie mogę mówić o wynikach leczniczych, gdyż wszystkie te przypadki nie mają wymaganego czasu obserwacji pooperacyjnej — mogę jedynie mówić o samej operacji, dorzucić kilka własnych spostrzeżeń, dotyczących techniki operacyjnej i niektórych szczegółów w atypowych przypadkach.

Dla całości obrazu i łatwiejszego ujęcia atypowości operacyjnych przedstawię wprzód typową operację sposobem Wertheima.

Przygotowanie do operacji zaczyna się na dwa dni przed tem. Chora dostaje dwukrotnie olej rycynowy, przez dwa dni dieta silnie pożywna, płynna. W tych dwuch dniach chora otrzymuje około 1 g *digitalis* pod postacią *infusum* lub odpowiednią dawkę preparatów naparstnicy. Tuż przed operacją oczyszcza się pochwę z zaległej wydzieliny i jodynuje się, w razie dużego kalafjorowatego bujania nowotworowego zeskrobuje się masy nowotworowe z części pochwowej i przypala Paquelinem. Operację Wertheima wykonuję zasadniczo w znieczuleniu lędźwiowem 10% tropakokainą (1 cm³) między 2 i 3 kręgiem lędźwiowym — dobre znieczulenie wytrzymuje do 50-tej minuty operacji, tak, że dodaje się trochę eteru w przypadkach typowych pod sam koniec zabiegu.

Operację dzielimy na trzy części: czystą (do otwarcia pochwy), brudną (od otwarcia pochwy do okłucia jej, względnie zaotrzewnowania pochwy) i drugą część czystej operacji (zaopatrzenie przymaciczy, usunięcie gruczołów chłonnych, otrzewnowanie przymaciczy, zamknięcie jamy brzusznej). Czas trwania operacji wynosi w przypadkach lekkich około 60 minut, w przypadkach ciężkich 75—90 minut, w przypadkach bardzo ciężkich około 120 minut, w jednym przypadku (Nr. 31 — *resectio ureteris, resectio recti modo Hocheneg)* 2³/₄ godziny. Zasadniczo operuję w rękawiczkach gumowych (bez nicianych), które zmieniam po skończeniu brudnej części operacji. Cięcie skórne w linji środkowej od pępka do spojenia łonowego, powięź mięśnia prostego przecina się nisko do samego spojenia łonowego. Po otwarciu jamy brzusznej osłania się ranę w powłokach kompresami, zachodzącemi na otrzewną ścienną — kompresy te trzyma dwublaszkowy automatyczny wziernik laparotomijny. Jelita odosabnia się trzema kompresorami, poczem kontroluje się rozmiary nacieków nowotworowych, w szczególności sprawdza się, czy ewentualnie pakiety nacieczonych gruczołów chłonnych nie obejmują naciekiem ścian wielkich naczyń krwionośnych, gdyż w takich przypadkach, według opinji Wertheima, lepiej skończyć na laparotomji eksploratywnej.

Oddzielenie pęcherza moczowego jest drugą ważną czynnością, gdyż stwierdzenie nacieków nowotworowych w przymaciczu przedniem, przechodzących na *trigonum Lieutaudi* z miejsca nakazuje zaniechanie dalszej operacji radykalnej. Oddzielenie pęcherza wykonuje się w dwóch etapach — najpierw po nacięciu otrzewnej ponad pęcherzem od jednego do drugiego więzadła obłego oddziela się pęcherz od szyi macicy — resztę po wypreparowaniu moczowodów. Zasadniczo oddziela się pęcherz na ostro nożyczkami.

Obustronnie podwiązuje się *lig. infundibulo-pelvica et rotunda* z pozostawieniem długich nitek, które uchwycone Kocherami przerzuca się na boki — przez co więzadło szerokie zostaje uniesione ku górze i ułatwia dostęp do moczowodów.

Wypreparowanie moczowodów jest zasadniczą częścią operacji Wertheima. Najłatwiej znaleźć je w obszarze *pars pelvina ureteris,* na tylnej blaszce więzadła szerokiego, zwłaszcza po uniesieniu macicy ponad spojenie łonowe. Długiemi pincetami anatomicznemi oddziela się moczowód na krótkiej przestrzeni. W tym momencie operacji wprowadziłem od 3-go przypadku małe ułatwienie — pozwala ono wykonać operację bez drugiej asysty, która, według zaleceń Wertheima, ma za zadanie przez cały czas operacji pilnować i osłaniać moczowody. Mianowicie pod oddzielony moczowód na małej przestrzeni wsuwa się przy pomocy pincet anatomicznych wąski pasek gazy („rajter") długości około 20 cm i na nim podnosi się moczowód nieznacznie ku górze, końce rajtera chwyta się Kocherem i kładzie z boków na kompresach osłaniających pole operacyjne. W ten sposób uniesiony moczowód ułatwia znacznie jego wypreparowanie i jest widoczny przez cały czas operacji.

Chwytem Wertheima oddziela się resztę moczowodu: palec wskazujący, leżący na moczowodzie, przepycha się przez przymacicze wzdłuż moczowodu w kierunku ku pęcherzowi, który wprzód już został oddzielony od szyi macicy — w ten sposób na palcu znajdzie się górna część przymacicza z naczyniami macicznemi, a moczowód w swym przebiegu aż po *pars vesicalis* jest palcem należycie chroniony. Po palcu wprowadza się Dechampa, jeszcze raz kontroluje się, napiąwszy podwiązkę Dechampem wprowadzoną, czy moczowód jest wolny, poczem przesunąwszy podwiązkę jak najdalej lateralnie od moczowodu, podwiązuje się tętnicę maciczną. Po przecięciu podwiązanego przymacicza z tętnicą odsłania się moczowód aż po *pars vesicalis.* Pincetą anatomiczną oddziela się ścianę pęcherza z przebiegającemi w niej moczowodami, poczem unosi się macicę ku górze i oddziela resztę pęcherza od pochwy, przyczem odsłania się pochwę.

Odsłonięcie pochwy winno być wydatne, przynajmniej 3—4 cm, a w razie nacieków w pochwie przynajmniej 3 cm poniżej nacieków.

Oddzielenie prostnicy od pochwy jest dalszą częścią operacji. Przez gazik ujmuje asystujący prostnicę i podnosi ku górze, przez co zatoka Douglasa unosi się wyżej. Nożyczkami przecina się otrzewnę w miejscu przejścia jej na ścianę pochwy, poczem na tępo 2 palcami oddziela się pochwę od odbytnicy tak daleko, jak potrzeba, t. j. do tej samej wysokości, do jakiej oddzielono pochwę od przodu. Po dokładnem oddzieleniu ścian bocznych prostnicy od przymacicza tylnego obcina się przymacicze tylne po uchwyceniu go klemami zakrzywionemi. Od przypadku 15-go przestałem używać klem zakrzywionych, ponieważ prawie we wszystkich przypadkach klemy źle trzymały, opanowanie krwawienia z przymacicza zajmowało wiele czasu, tak, że przez złe klemy operacja przedłużała się 15—30 minut. Dlatego, nie mając dobrych klem, używałem mocnych Kocherów po 3 na każdą stronę, zakładając każdy następny Kocher po przecięciu przymacicza, chwyconego przez Kocher poprzedni, przez co uzyskać można było nawet więcej przymacicza niż operując krzywemi klemami. W pierwszych kilku przypadkach okłuwałem przymacicza przed otwarciem pochwy, jest to jednak bardzo niewygodne zwłaszcza tam, gdzie nacieki nowotworowe zajmują wiele miejsca — dlatego w dalszych przypadkach okłuwałem przymacicza po skończonej operacji brudnej t. j. po usunięciu macicy, osłaniając Kochery i przymacicza grubo kompresami.

Pochwę otwiera się od przodu skalpelem pomiędzy dwoma Kocherami, które unoszą ku górze oddzieloną przednią ścianę pochwy. Początkowo używałem kątowych klem Wertheima, jednak model ich, wchodzący w skład instrumentarjum Oddziału, jest tak niezgrabny, że u szczupłej drobnej chorej wogóle nie mogły się zmieścić w miednicy małej, dlatego już od przypadku 3-go postępowałem w następujący sposób: tuż po otwarciu pochwy na przedniej ścianie na przestrzeni około 3 cm trzema do pięcioma gazikami osuszałem pochwę przedewszystkiem obok nacieklej nowotworowo części pochwowej — gazików nie usuwam przez pole operacyjne, lecz spycham je jak najgłębiej ku dołowi w pochwę, a po skończonej operacji usuwam je od dołu *per vaginam*. Po osuszeniu pochwy odkaża się ją jodyną — poczem dopiero odcina się boczne i tylną ścianę pochwy. Z chwilą otwarcia pochwy operację uważa się za brudną. W przypadkach początkowych niepowikłanych ropniakami przydatków zeszywam jamę otrzewną na głucho po okłuciu brzegów pochwy i setonowaniu przymaciczy przez pochwę. W przypadkach nieczystych, więc tam, gdzie jest duży rozpad mas nowotworowych lub czopy ropne w naciekach nowotworowych lub tam, gdzie rak szyi macicy jest powikłany ropniakami trąbek lub jajników, wszędzie tam okłuwa się pochwę i w brzeg wszywa się otrzewną. Po okłuciu pochwy i wszyciu w jej przedni brzeg otrzewnej, kończymy operację brudną i przechodzimy do czystej. Pole operacyjne osłania się nowemi kompresami po uprzednim zmienieniu rękawiczek gumowych.

Okłucie przymacicza tylnego i wyłuszczenie gruczołów chłonnych stanowią dalszą część operacji. Powtórna kontrola gruczołów chłonnych musi być bardzo dokładna — wykonana w porządku podanym przez Wertheima: najpierw kontroluje się gruczoły chłonne obustronnie wzdłuż *art. iliaca communis*, następnie wzdłuż *art. iliaca externa*, potem trójkąt pomiędzy *art. iliaca ext.* a *art. hypogastrica*, przyczem palec wskazujący schodzi w poszukiwaniu nacieklych gruczołów aż po *foramen obturatorium*. W razie stwierdzenia powiększonych gruczołów chłonnych przecina się otrzewnę nad wielkiemi naczyniami i wypreparowuje się gruczoły nożyczkami, przyczem wskazana jest wielka ostrożność ze względu na sąsiedztwo wielkich pni naczyniowych. Pakiety gruczołowe silniej złączone z naczyniami trzeba oddzielać bardzo ostrożnie, najlepiej pincetą anatomiczną, by uniknąć uszkodzenia ściany naczyniowej.

Po wyłuszczeniu gruczołów następuje ostatnia kontrola przymaciczy, najdrobniejsze krwawienie musi być dokładnie opanowane, poczem można przystąpić do zaopatrzenia rany operacyjnej.

Wertheim zeszywał otrzewnę nad przymaciczami na głucho, setonował podotrzewnie przymacicza przez pochwę. Ten sposób prowadził nieraz do zastojów ropnych w kieszeniach obok ścian pochwy i zarzucano mu, że prowadzi do nekrozy moczowodów (gazę usuwano od 4—5 do 8—9 dnia po operacji).

Bumm (1907) zeszywał blaszki otrzewnej z pochwą i przez otwór w ten sposób powstały drenował jamę otrzewną przez pochwę. Dzięki temu ilość pooperacyjnych zapaleń otrzewnej i posocznic znacznie się zmniejszyła, a śmiertelność pooperacyjna spadła z 38% na 5%. Küstner (1909) drenował przez pochwę podotrzewnie i workiem Mikulicza przez powłoki — sposób ten jest praktykowany również w Klinice Poznańskiej.

W przypadkach naszych postępowaliśmy w większości w sposób podany przez Bumma, jedynie w dwóch przypadkach lekkich o pewnej czystości zeszyliśmy otrzewnę na głucho według oryginalnej recepty Wertheima. Powłoki brzuszne szyjemy czterowarstwowo, otrzewnę ścienną szwem ciągłym, powięź mięśnia prostego szwami ciągłemi zszywając równocześnie tylną blaszkę powięzi, następnie szwami węzełkowemi tłuszcz i wkońcu skórę Reverdinem.

* * *

W poszczególnych okresach operacji zachodzą prawie w każdym cięższym przypadku pewne atypowości, które wymagają osobnego omówienia.

Pęcherz moczowy nastręcza nieraz wiele kłopotu, zwłaszcza w przypadkach ciężkich z naciekami nowotworowemi w przymaciczu przedniem i ścianie pęcherza. Wertheim radzi w tych przypadkach oddzielać pęcherz od strony moczowodów i z boków dochodzić do tych części pęcherza, które nie dały się łatwo oddzielić w linji środkowej — dzięki temu można delikatniej obejść z boków miejsce ścisłego zrostu pęcherza z szyją macicy i nieraz uniknąć otwarcia pęcherza. Ten sposób jednak nie zawsze okazuje się dobry, gdyż preparując z boków można pęcherz otworzyć w kilku miejscach. W przypadku 2-gim preparowałem z boków — mimoto musiałem otworzyć pęcherz, ostrożne preparowanie zabrało sporo czasu, a w końcu trzeba było wyciąć dość wielki odcinek tylnej i górnej ściany pęcherza. Z tego powodu w trzech przypadkach (5, 44, i 50), w których w czasie oddzielania pęcherza okazał się naciek ściany pęcherza, tak że nożyczki preparujące dochodziły do śluzówki pęcherza — otwierałem pęcherz 1 cm powyżej nacieku na przestrzeni 2—3 cm, co umożliwiało mi wgląd bezpośredni do pęcherza, jakoteż wymacanie *trigonum Lieutaudi*. W jednym przypadku stwierdziłem drobnoguzkowe nacieczenie w głębi trójkątu i naciek tylnej ściany powyżej więzadła międzymoczowodowego, oczywiście pęcherz zeszyto i operację ukończono jako próbną. W przypadku tym wykonane przed operacją wziernikowanie nie wykazało żadnych zmian w błonie śluzowej pęcherza. (Przypadek ten nie jest wliczony do omawianych 53 operacyj Wertheima). W przypadkach 5, 44 i 50 trójkąt Lieutauda był wolny od nacieku, toteż z miejsca wycięto dość szeroko nacieklу pęcherz. W przypadku 44-tym wycięto tylną ścianę od więzadła międzymoczowodowego aż po szczyt pęcherza, pojemność pęcherza zmniejszyła się przez to prawie do 50 cm^3.

W przypadku 3-im, który z powodu zapalenia płuc skończył się śmiertelnie, w czasie preparowania została uszkodzona mięśniówka pęcherza, sekcyjnie stwierdzono w tem miejscu ubytek i zaczynającą się zgorzel śluzówki, która byłaby z pewnością doprowadziła do powstania przetoki pęcherzowo-pochwowej. Dlatego od przypadku 4-go zakładano tuż po operacji cewnik Pezzera w tym celu, by opróżniony pęcherz mógł w tych miejscach ścieńczałych łatwiej się podgoić, co byłoby niemożliwe przy pęcherzu przepełnionym, a nawet przepełnienie pęcherza może mechanicznie spowodować pęknięcie tych miejsc ścieńczałych. Pezzer leży w pęcherzu 6—8 dni. Od drugiego dnia po operacji przepłukuje się pęcherz jałowym fizjologicznym roztworem soli, poczem stosuje się roztwór lapisu 1 : 4000, od piątego dnia 1 : 2000. Po usunięciu Pezzera przestrzykuje się jeszcze kilka razy co drugi dzień, jeśli utrzymują się objawy zapalne pęcherzowe, stosując przytem helmitol lub salol z urotropiną i odpowiednią dietę. Jeśli po usunięciu Pezzera operowana nie mogła utrzymać moczu, zakładano cewnik powtórnie jeszcze na pewien czas, przestrzykując pęcherz codziennie. Pozostawienie Pezzera dłużej nad 14 dni wymaga bardzo pieczołowitej pielęgnacji, gdyż, im dłużej cewnik leży, tem większa jest możliwość zakażenia dróg moczowych. W przypadku 11-tym Pezzer leżał w pęcherzu 21 dni, od 16-go dnia wystąpiły objawy *pyelitis*, potem *pyelo-nephritis abscedens*, wkońcu zejście śmiertelne wśród objawów posocznicy, 42-go dnia po operacji. Sekcyjnie wykazano: zbliznowacenia przymaciczy, pęcherz moczowy nieuszkodzony, jama otrzewna zupełnie zamknięta, natomiast ropne zapalenie obydwóch nerek i miedniczek z następową posocznicą. W przypadku tym zakażenie krwi wyszło wtórnie z narządu moczowego, który uległ w następstwie stałego cewnikowania zakażeniu wstępującemu.

Na 53 operacyj sposobem Wertheima, wykonano wycięcie pęcherza 4 razy, z wynikiem dobrym we wszystkich przypadkach.

Przetoki pęcherzowo-pochwowe pooperacyjne wystąpiły w 2 przypadkach (8 i 51).

Wertheim zalecał codziennie odprowadzanie moczu i płukanie pęcherza płynami odkażającemi, był przeciwnikiem cewnikowania stałego, co natomiast gorąco zalecał Franz.

Moczowody nastręczają wiele kłopotu w tych przypadkach, w których są nacieki zapalne w przymaciczach, lub blizny pozapalne. Naciek nowotworowy, dochodzący do moczowodów, rzadko utrudnia wypreparowanie moczowodów w tym stopniu, co nacieki zapalne. Preparowanie na tępo staje się niemożliwe, musi się użyć nożyczek i niebezpieczeństwo dla moczowodów staje się znacznie większe. W 9 przypadkach (3, 11, 13, 15, 19, 21, 23, 26, 47) zbliznowacenia przymaciczy były tak znaczne, że niemożliwością było dostać się do moczowodów w odcinku miednicowym — z konieczności trzeba było iść w odwrotnym porządku, jak w typowej operacji — zesunąć pęcherz nisko, aż ukaże się część pęcherzowa moczowodów i następnie preparować je ku górze. Jest to sposób trudniejszy, a operacja przebiega bardziej krwawo, gdyż tak z pęcherza nisko oddzielonego, jakoteż z żył przymaciczy, które w czasie preparowania muszą ulec uszkodzeniu, utrzymuje się dość znaczne krwawienie.

W tych przypadkach, w których moczowód jest objęty ze wszystkich stron naciekiem nowotworowym, operacja przebiega prościej, gdyż odpada preparowanie moczowodu, który trzeba przeciąć około 1 cm powyżej nacieku, i następnie po usunięciu macicy implantować do pęcherza. Implantację moczowodu wykonałem 2 razy (w przypadkach 15 i 31) obydwie z wynikiem niepomyślnym — przyczyną śmierci w obydwóch przypadkach było zapalenie otrzewnej, niespowodowane jednak wszczepieniem moczowodu — na sekcji w obydwóch przypadkach okazało się, że moczowód tkwił dobrze w pęcherzu, utrzymany głównie zlepami otrzewnemi. Wszczepienie moczowodu wykonałem zmienionym sposobem Sampsona-Krausego-Zubrzyckiego: moczowód rozszczepia się podłużnie na krótkiej przestrzeni, — jedną połowę rozszczepionego końca moczowodu przekłuwa się długą nitką jedwabną, którą związuje się na końcach i — przez otwór w szczycie pęcherza, zrobiony na długich kleszczykach, — tym instrumentem wyprowadza przez cewkę i następnie umocowuje plastrami do uda — zapobiega to cofnięciu się moczowodu z rany w pęcherzu. Druga połowa rozszczepionego końca moczowodu zostaje wszyta do pęcherza cienkim katgutem. Z otrzewnej pęcherza dookoła wszczepionego moczowodu robi się manszet, którym się obszywa moczowód kilkoma szwami węzełkowemi. Dla zmniejszenia napięcia otrzewnej w miejscu wszczepienia wszywa się fałd otrzewnej powyżej *lig. infundibulo-pelvicum* z otrzewną pęcherza o kilka centymetrów przed miejscem wszczepienia, poczem otrzewnując przymacicza pokrywa się wszystko jeszcze raz otrzewną. W ten sposób miejsce wszczepienia jest chronione potrójną warstwą otrzewnej, nie licząc w każdej warstwie zdwojenia blaszki otrzewnej: manszetem z otrzewnej pęcherza, fałdem powyżej *ligamentum infundibulo-pelvicum*, który pokrywa miejsce implantacji tylko od przodu, i trzecią warstwą, pokrywającą poprzednią warstwę i przymacicza. Niebezpiecznemu cofnięciu się moczowodu wskutek zbytniego napięcia zapobiegają cugle z jedwabiu, które ściągają moczowód ku dołowi, a które powinne być usunięte około 6 dnia po operacji, i fałd otrzewny powyżej *ligamentum infundibulo-pelvicum*. Przetoki moczowodowe jako uszkodzenie operacyjne wystąpiły w 4 przypadkach (13, 19, 26 i 47) w których preparowano moczowody na ostro z powodu zbliznowaceń przymaciczy. W jednym przypadku (19) wykonano nefrektomję w 6 miesięcy po Wertheimie z wynikiem dobrym, w dwóch (13 i 26) naświetlano nerkę Roentgenem celem zniszczenia jej energją promienną. Wynik dotychczas nie jest znany. W czwartym przypadku przetoka zamknęła się samoistnie do 5 miesięcy. Piąta przetoka moczowodowa powstała w trzecim tygodniu po operacji (przypadek 44), prawdopodobnie w następstwie uszkodzenia moczowodu przez ropień przymacicza. Przetoka musiała być włosowata, gdyż do 3 miesięcy zamknęła się samoistnie.

Prostnicę oddziela się od pochwy zazwyczaj łatwo. W tych przypadkach, w których są nacieki zapalne lub zbliznowacenia tylnego przymacicza, oddzielenie jest trudniejsze i wymaga ostrożnego preparowania nożyczkami. W trzech przypadkach z tego rodzaju serji (Nr. 29, 39 i 51) wystąpiły w przebiegu pooperacyjnym pochwowe przetoki kałowe, pierwsza z nich włosowata przetoka zamknęła się samoistnie, trzecia wystąpiła w 6 tygodniu po operacji w następstwie ropienia w przymaciczu.

Nowotworowe nacieczenie prostnicy, którego czasem nie można rozpoznać podczas badania palcem przez odbytnicę, jeśli znajduje się wysoko lub na małej przestrzeni — albo rozpoznano jako część nacieku zapalnego, wymaga wycięcia nacieklej kiszki tak wydatnego, by zeszyć ściany zupełnie zdrowe dość daleko od nacieku. Wycięcie prostnicy wykonałem w trzech przypadkach (22, 31 i 45), w pierwszym z wynikiem pomyślnym, w dwóch następnych z wynikiem niepomyślnym. W przypadku pierwszym i trzecim wystarczyła resekcja przedniej ściany, w przypadku drugim naciek obejmował tak dużą powierzchnię przedniej ściany, że trzeba było wyciąć około 10 cm kiszki sposobem Hochenegga.

Gruczoły chłonne miednicy małej były powiększone w 48 przypadkach t. j. 90,6% (Zubrzycki podaje na 256 operowanych 123 t. j. 48%). W 24 przypadkach wykazano drobnowidowo przerzuty rakowe t. j. w stosunku do wszystkich operowanych w 45,3% przypadków były przerzuty rakowe w gruczołach (35% według Zubrzyckiego, 21% według Weibla). W stosunku do ilości przypadków z powiększonemi gruczołami w połowie przypadków (50%) stwierdzono drobnowidowo przerzuty rakowe (Zubrzycki podaje 73%, Weibel 46,4%). Po pewnem doświadczeniu udawało się już podczas operacji z wyglądu makroskopowego powiększonych gruczołów, a głównie dotykiem, odróżniać gruczoły z przerzutami rakowemi od powiększonych gruczołów wolnych od przerzutów, w których drobnowidowo wykazywano nacieki zapalne lub zwyrodnienie tłuszczowe. W gruczołach z przerzutami rakowemi stwierdza się dotykiem grudkowate twardsze nierówności, podczas gdy gruczoły powiększone a wolne od raka mają jednolitą, miękkawą spoistość. Naogół wyłuszczenie gruczołów chłonnych nie przedstawia większych trudności, jeśli naciek rakowy nie przechodzi na ściany dużych naczyń krwionośnych. W dwóch przypadkach (32 i 33) naciek obejmował ścianę *art. hypogastrica*, tak że w czasie wyłuszczania w przypadku pierwszym została otwarta tętnica i wystąpił tak gwałtowny krwotok, że momentalnie całe pole operacyjne zostało zalane. Krwawiącą pod dużem ciśnieniem tętnicę udało się bardzo szybko uchwycić Kocherem i podwiązać — w 6 godzin po operacji wystąpił nagle zapad i silne krwawienie przez pochwę — nim zdążono się przygotować do relaparotomji, chora zmarła. Sekcja wykazała zesunięcie się podwiązki z tętnicy podbrzusznej. W drugim przypadku podwiązano tętnicę podbrzuszną podwójnie katgutem, poczem usunięto gruczoł z nacieklą ścianą tętnicy. W 18 godzin po operacji wystąpił silny krwotok i zejście śmiertelne. Na sekcji stwierdzono również zesunięcie się podwiązki. Na przyszłość postanowiłem okłuwać w razie potrzeby tętnicę podbrzuszną grubym jedwabiem.

Raka szyi, macicy i ciążę stwierdzono w 2 przypadkach (Nr. 36 i 38), w pierwszym ciążę 6-tygodniową i naciek nowotworowy ograniczony tylko do ścian szyi, w drugim ciążę 5-miesięczną i naciek rakowy przechodzący z szyi macicy na przymacicze przednie, obok tego podostre zapalenie wyrostka robaczkowego. W obydwóch przypadkach wynik operacji był dobry.

Zapalenie wyrostka robaczkowego notowaliśmy w 2 przypadkach bez zmian w przydatkach macicy i w 6 przypadkach łącznie z ropniakami jajnika prawego, wzgl. trąbki prawej. Na 8 wycięć wyrostka, wykonanych obok operacji Wertheima, straciliśmy 3 chore — jedną z pierwszej kategorji (bez zmian w przydatkach macicy), przyczyną śmierci była *pneumonia crouposa*, — dwie z drugiej kategorji, gdzie jednak nietyle usunięcie wyrostka robaczkowego, ile ropniaki trąbek mogły być punktem wyjścia zapalenia otrzewnej.

Ropniaki trąbek i jajników; wikłające niekiedy raka szyi macicy pogarszają znacznie rokowanie co do przebiegu pooperacyjnego. Na 53 przypadków operacji Wertheima notowaliśmy ropne zapalenie przydatków w 16 przypadkach (30%), z tych zaś 16 przypadków w trzech wystąpiła posocznica, w pięciu zapalenie otrzewnej tak, że na 16 przypadków raka szyi macicy powikłanego ropniakami przydatków 8 skończyło się zejściem śmiertelnem (50%). W pozostałych 8 przypadkach wystąpiło rozległe ropne zapalenie przymaciczy i ropienie w powłokach.

Zakrzep żył przymacicza i żyły udowej o pełnym obrazie chorobowym wystąpił u jednej operowanej (Nr. 41), w poronnej formie u 2 chorych (44, 47). We wszystkich tych przypadkach przebiegało to powikłanie pomyślnie. U jednej chorej stwierdzono w czasie operacji zakrzepy żył przymacicza prawego. W przebiegu pooperacyjnym nie było powikłań.

Ropienie w powłokach notowano u 16 chorych, z tego 8 po ropniakach przydatków macicy, ponadto u 3 nadmiernie otyłych i w 5 przypadkach ciężkich, w których można było w preparacie operacyjnym z nacieków nowotworowych wycisnąć czopy ropne. Odsetek więc wynosi 30%. Ewenteracje pooperacyjne mieliśmy dwie (4,7%). Weibel podaje odsetek ropienia w powłokach 12,6%, ewenteracji pooperacyjnych 2,4%.

Śmiertelność pooperacyjna jest w naszym materjale bardzo wielka, bo na 53 przypadków 17 zejść śmiertelnych, co stanowi 32,7%. Przyczyną śmierci było: w 9 przypadkach zapalenie otrzewnej (52,9%), w 3 przypadkach posocznica (17,7%), w 2 przypadkach płatowe zapalenie płuc (11,7%), w 3 przypadkach skrwawienie (17,7%) i to w 2 przypadkach z powodu zesunięcia się podwiązki z tętnicy podbrzusznej i w jednym przypadku nagły krwotok z powodu zropienia kikuta tętnicy macicznej w 3 tygodniu po operacji.

Dla porównania przytaczam inne statystyki śmiertelności:

Wertheim miał w pierwszych 50 przypadkach 18 zejść śmiertelnych t. j. 36%, — na 500 operacyj 93 zejść śmiertelnych t. j. 18,6%. Statystyka Weibla obejmująca 1.500 przypadków operowanych podaje śmiertelność 13,8%.

Na duży odsetek śmiertelności naszych przypadków składa się kilka przyczyn.

Przedewszystkiem uwzględnić się musi jakość operowanych przypadków. Jeśli przyjmie się za podstawę podziału materjału operacyjnego, podział na 3 grupy — t. j. przypadki, nadające się do operacji, przypadki graniczne i przypadki nienadające się do operacji (zaniedbane) — zaliczyć można tylko trzy nasze przypadki (Nr. 34, 36 i 53) do grupy I t. j. nadających się do operacji, a więc zaledwie 5,7%. W tej grupie wyniki operacyjne są bardzo dobre, rany w powłokach zagojone przez rychłozrost, operowane opuszczały zakład z początkiem 3 tygodnia po operacji. Reszta przypadków t. j. 50 zaliczyć trzeba do grupy drugiej t. j. przypadków granicznych, co stanowi 94,3% całego materjału operacyjnego.

Do wzrostu śmiertelności przyczynił się również wielki odsetek powikłań raka szyi ropnemi sprawami przydatków macicy, co w naszym materjale wynosi 30%.

Jeśli uwzględni się podział przypadków operowanych według klasyfikacji Wertheima-Weibla na 4 grupy t. j.:

1. przypadki początkowe (małe owrzodzenie lub nadżerka podejrzana — w których badanie drobnowidowe ustala dopiero rozpoznanie),

2. przypadki lekkie (naciek ograniczony tylko do szyi macicy),

3. przypadki ciężkie (naciek nowotworowy przeszedł poza szyję macicy na przymacicza, przerzuty w gruczołach chłonnych),

4. przypadki bardzo ciężkie (nacieczenie nowotworowe pęcherza moczowego, moczowodów, prostnicy, dużych naczyń krwionośnych),

nasz materjał, rozdzielony na te cztery grupy, przedstawia się następująco:

w grupie I przypadków początkowych: ani jedna chora, w grupie II przypadków lekkich. 3 chore t. j. 5.7%, w grupie III przypadków ciężkich: 38 chorych t. j. 71,7%, w grupie IV przypadków bardzo ciężkich: 12 chorych t. j. 22,6%.

Śmiertelność pooperacyjna wynosi:

w grupie II	0%
w grupie III (11 zmarłych na 38 operowanych)	28,9%
w grupie IV (6 zmarłych na 12 operowanych)	50%

Cyfry te dowodzą, że śmiertelność po operacji Wertheima zależy przedewszystkiem od tego, jakie przypadki się operuje. Cyfry te potwierdzają dawno znaną tezę, że przypadki grupy IV, a nawet i III, nie powinne być operowane, lecz leczone energją promienną.

Oczywiście do leczenia energją promienną konieczne jest posiadanie aparatu Roentgena i kilku nabojów radowych (przynajmniej 100—150 mg radu). Zakładowi, który nie posiada ani radu, ani Roentgena, — nie pozostaje do dyspozycji żaden inny środek leczniczy, jak operowanie każdego przypadku raka szyi macicy, w którym operacja nawet najcięższa jest jeszcze możliwa.

Piśmiennictwo.

1) Wertheim: Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri. 1911. — 2) Weibel: Archiv f. Gyn. 1929, Bd. 135. — 3) Szymanowicz: Gin. Pol. 1925. T. IV., str. 545. — 4) Zubrzycki: Gin. Pol. 1929. T. VIII. str. 842. — 5) Tenże: Gin. Pol. 1929, T. VIII, str. 60. — 6) Tenże: Gin. Pol. 1929. T. VIII, str. 147.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Beno WECHSLER, lekarz-wolontarjusz. Cieszyn.

Uśpienie awertyną przy operacjach chirurgicznych.

Ze szpitala Śląskiego w Cieszynie.
Dyrektor: Dr. Jan Kubisz.

Z mnożących się wciąż w ostatnich czasach publikacyj w prasie fachowej zagranicznej wynika niewątpliwie, że na czoło wszystkich środków, używanych do uśpienia ogólnego pozapłucnego wysuwa się dzisiaj awertyna. W polskiej literaturze brak jest dotychczas, o ile mi wiadomo, pracy oryginalnej w tym przedmiocie [1]).

W szpitalu śląskim w Cieszynie wykonano dotychczas 145 zabiegów operacyjnych w narkozie awertynowej. Narkozę tę zastosował u nas po raz pierwszy 12 grudnia 1929 b. dyrektor szpitala śląskiego, starszy radca sanitarny Dr. Hinterstoisser, którego inicjatywie również niniejsza praca zawdzięcza swoje powstanie. Spełniam miły obowiązek, dziękując mu w tem miejscu za udzielaną mi w trakcie pracy cenną i wydatną pomoc. 130 operacyj z awertyną wykonał dr. Hinterstoisser, 2 operacje dyr. Dr. Kubisz, a 13 zabiegów prym. dr. Schmid. Przebieg prawie wszystkich narkoz awertynowych obserwował stale dr. Hinterstoisser. 145 operacyj w uśpieniu awertynowem, to liczba mała w porównaniu z dużemi statystykami zakładów zagranicznych, niemniej jednak pozwala już wysnuć pewne wnioski.

Awertyna stosowana jest u nas wyłącznie przez odbytnicę, bez żadnych dodatków (w szczególności bez siarczanu magnezu, zalecanego przez Martina). Początkowo przez krótki czas stosowano preparat płynny w roztworze z paraldehydem, t. zw. *„Avertin flüssig"*, otrzymany z zagranicy, obecnie używamy awertyny w postaci stałej, zarejestrowanej u nas w kraju.

Przed każdą narkozą oznacza się przedewszystkiem ciężar ciała chorego dla obliczenia potrzebnej dawki. Dnia poprzedniego chorego przygotowuje się, jak zwykle do operacji, więc kąpiel, opróżnienie przewodu pokarmowego i t. d. Wieczorem dostaje 0,5 weronalu, a na godzinę przed uśpieniem 0,02 morfiny, lub pantoponu. Awertynę, dokładnie odważoną, rozpuszcza się w kolbce Erlenmayerowskiej, w wodzie destylowanej, o ciepłocie 35° do 40° C, tak by powstał roztwór 3%-owy. Posługujemy się w tym celu tablicą, dostarczoną przez fabrykę, pozwalającą szybko odczytać potrzebną w każdym wypadku ilość rozpuszczalnika. Roztwór ten wstrzykuje się bardzo wolno do odbytnicy ze strzykawki metalowej, zaopatrzonej w dren gumowy. Roztwór przyrządza się zawsze świeżo i poddaje próbie z czerwienią Kongo (zabarwienie niebieskie świadczy o rozkładzie). Po podaniu lewatywy chory leży w zupełnej ciszy w zaciemnionym pokoju do narkoz, sąsiadującym bezpośrednio z salą operacyjną. Zwykle po 5 do 15 minutach zapada chory w sen głęboki, spokojny, bez żadnego okresu podniecenia. Przenosi się go do sali operacyjnej. Źrenice są wąskie, szczęka dolna często opada do tyłu, dlatego musi być podtrzymywana chwytem Essmarcha. W tym okresie uśpienia zupełnego — można rozpocząć zabieg bez dodatku eteru. Jeżeli dawka awertyny jest za mała, to w razie budzenia się chorego dołącza się lekką narkozę eterową przy pomocy aparatu Roth-Draegera, zawsze znajdującego się w sali operacyjnej i podtrzymuje się ją aż do ukończenia zabiegu, jak długo chory reaguje. Tę formę narkozy nazywa się uśpieniem podstawowem. Sen trwa przeciętnie 2—3 godzin. Nawet gdy chory się broni, lub jęczy, po obudzeniu się stwierdzamy zupełną amnezję. Przy budzeniu się nie zauważyliśmy ani jednego wypadku niepokoju, podniecenia, lub wymiotów. Po ukończeniu zabiegu aż do chwili obudzenia się konieczna jest stała obserwacja chorego, zwłaszcza podtrzymywanie szczęki ku przodowi. Jest to zadanie specjalnie wyszkolonej pielęgniarki, której nie wolno ani na chwilę odstąpić od łóżka chorego. Musi ona wciąż sprawdzać tętno, oddechy, źrenice i wygląd uśpionego i w razie wystąpienia najmniejszego niepokojącego objawu musi natychmiast wezwać lekarza. Za wielką zaletę uważamy półsen, w którym chory znajduje się jeszcze przez kilka godzin; nazajutrz po operacji wszyscy są zawsze zupełnie przytomni.

W zestawieniu naszem olbrzymią większość stanowią kobiety. Pozostaje to w związku z przeważnie ginekologicznym materjałem operacyjnym, oddziału w którym stosowano na wielką skalę awertynę. Najstarszy nasz chory liczył 65 lat, najmłodszy 8 lat. Był to chłopiec z ciężkim tężcem, który wystąpił w tydzień po zranieniu stopy. Poza innemi zabiegami leczniczemi, dostał przez

[1]) Jest mi wiadomem, iż środek ten był w użyciu w rozmaitych zakładach chirurgicznych.

odbytnicę 1,6 g awertyny, poczem usnął zaledwie na ½ godziny. Nazajutrz nastąpiło jednak zejście śmiertelne z powodu ciężkiego zakażenia. Dawka nasza była stanowczo za mała. (Knop w Nr. 5. Münch. Med. Wschrift 1930. opisuje przypadek tężca, któremu podał w ciągu 10 dni 82 g awertyny bez jakiejkolwiek szkody, z wynikiem pomyślnym!).

Zabiegi, dokonane w narkozie awertynowej u nas, przedstawiają się następująco:

Operacje na przydatkach	37
Wola	29
Appendicitis i *perityphlitis*	21
Ventrofixatio (Olshausen, lub inne)	16
Operacje na żołądku	15
Amputatio uteri supravaginalis m. Chrobak	13
Inne laparotomje	8
Zupełne wyjęcie macicy	7
Cholecystektomje	4
Różne (amputacje, resekcje, rak sutka i t. d.)	29

Osób operowanych było 145, z tego mężczyzn 36. Nie zanotowaliśmy żadnego wypadku śmierci w czasie operacji, 7 chorych zmarło w kilka godzin do kilku dni po zabiegu. Wypadki te omówimy poniżej osobno.

Mamy dotychczas przy minimalnych dawkach 39% (57 przyp.) uśpienia całkowitego, w 61% (88 przyp.) trzeba było dodać — zwykle dopiero pod koniec zabiegu — kilkanaście do kilkudziesięciu cm^3 eteru. Dawka 0,11 na 1 kg wagi ciała daje: 36 narkoz zupełnych, 23 podstawowych. Przy dawkach mniejszych stosunek ten przesuwa się na niekorzyść uśpienia zupełnego. Materjał nasz nie pozwala nam zorjentować się we wpływie płci i wieku na tolerancję awertyny. Jeszcze przed rozpoczęciem zabiegu trzeba było dodać nieco eteru w 9 (około 6%) przypadkach (chodziło przeważnie o alkoholików, wzgl. niemożność zatrzymania awertyny w odbytnicy, tak, że duża część płynu wprowadzonego wyciekła z powrotem, zmniejszając dawkę). Eter, lub bardzo rzadko eter z chloroformem dodajemy, jak wyżej wspomniałem, przy pomocy aparatu Roth-Draegera w postaci mieszanki gazowej z czystym tlenem. Dawki nasze nigdy nie przekraczają 0,11 na 1 kg wagi ciała, często stosuje się 0,08 lub mniej, podczas gdy wielu autorów bez obawy dochodzi do 0,15. Przy dawce 0,08 nie zauważyliśmy nigdy u chorego sinicy, która przy wyższych dawkach może wystąpić i niepokoić otoczenie. Doskonałe usługi oddają nam inhalacje bezwodnika kwasu węglowego, które przyśpieszają obudzenie się. Maskę, do której doprowadza się CO_2 z cylindra, kładzie się na twarz chorego. Po ½ do 1 minuty oddechy stają się głębokie i maskę zdejmujemy.

Jako środek pozapłucny awertyna wolna jest od stron ujemnych narkotyków inhalacyjnych: chory zasypia szybko i łagodnie. Lekkie podniecenie, które przeminęło zupełnie po ukończeniu zabiegu, obserwowaliśmy tylko w jednym przypadku — u alkoholika, i to dopiero po dodaniu eteru. Powikłania ze strony narządu oddechowego należą do rzadkości (nie częściej niż u chorych, operowanych w znieczuleniu miejscowem). Przy obudzeniu się brak wymiotów i całego zespołu przykrych podmiotowo stanów, składających się na obraz tak nazwanego przez Niemców „Narkosekater". Jeśli porównamy awertynę z innemi narkotykami pozapłucnemi (np. mieszanką somnifenu, uretanu i siarczanu magnezu) — zobaczymy jako zalety awertyny proste, niekłopotliwe wprowadzenie, duży bardzo odsetek narkoz zupełnych, szybsze daleko odtruwanie ustroju i brak podniecenia.

Strony ujemne były przez wielu bardzo silnie podkreślane. Ciężkich powikłań, jak zapalenia nerek, zwyrodnień narządów miąższowych, długotrwałego podniecenia, wreszcie nagle, tuż po rozpoczęciu narkozy występującej asfiksji, — nie widzieliśmy nigdy. Podczas obserwacji pooperacyjnej większość chorych nie skarży się wogóle na nic. Niektórym chorym dały się najbardziej we znaki wzdęcie, bóle brzucha, zaparcie stolca i bóle w kiszce stolcowej, trwające zwykle 2—3 dni (najdłużej — w jednym przypadku — 3 tygodnie). Obrazy te na szczęście stały się bardzo rzadkie teraz, odkąd natychmiast po ukończeniu zabiegu przemywa się odbytnicę ciepłym rumiankiem (dawniej wypuszczano tylko resztę cieczy). Trudno rozstrzygnąć, którą z tych skarg trzeba złożyć na karb zabiegu np. ciężkich operacyj w miednicy małej, albo długotrwałych laparotomij, a które sprowadziła awertyna. Z innych komplikacyj zauważyliśmy kilka razy tachykardję, trwającą do 10—15 dni. Chodziło tu albo o ludzi osłabionych chorobą, wylewem krwi — albo też o strumektomje i resekcje, po których zawsze przez pewien czas zaznacza się chwiejność układu krwionośnego i termoregulacyjnego bez względu na rodzaj znieczulenia. W 2 przypadkach, połączonych z ciężkim bardzo wstrząsem (wydobycie przed ranę skórną wola, wzgl. ropniaka jajowodu) wystąpił w czasie operacji zapad, który się dał opanować.

Dla oceny wartości środka narkotycznego najważniejszą jest, oczywista, statystyka śmiertelności. Brak wypadków śmierci, spowodowanych awertyną w naszym materjale nie uprawnia nas jeszcze do tego, ażeby awertynę uważać za środek idealny i zupełnie bezpieczny. Ale oszczędza ona chorym tyle przykrości, związanych z użyciem eteru, że jest to dla nas dostateczną zapłatą za zwiększone poczucie odpowiedzialności i największą ostrożność.

Ze zmarłych u nas przypadków mamy trzy, w których użycie awertyny nie pozostaje w żadnym, nawet najodleglejszym związku z przyczyną zejścia śmiertelnego. Są to *peritonitis diffusa* po resekcji odźwiernika, *embolia arteriae pulmonalis* w 8 dni po wyjęciu macicy i krwotok wewnętrzny.

Chory l. 64. Od szeregu lat zwężenie odźwiernika. Resekcja. Zmarł kilka godzin po zabiegu. Autopsja: *cachexia ex inanitione*, zanik wszystkich narządów.

Chora l. 59. Wieczorem nagły zgon z powodu porażenia serca. Struma, długotrwały, znaczny ucisk na tchawicę. Sekcyjnie stwierdzono: otłuszczenie serca, stłuszczenie narządów miąższowych, ostrą rozstrzeń serca. Chora nie dałaby się uratować przez żadne inne znieczulenie.

Chory l. 62. *Ca ventriculi inoperabile*, straszliwe charłactwo. *Gastrojejunostomia retrocolica posterior*. Zmarł po 2 tygodniach. Sekcja: anastomoza drożna, otrzewna ścienna i trzewna pokryta cała guzkami nowotworowemi. Dołączające się pod koniec zapalenie płuc nie powoduje żadnej reakcji ustroju.

Chory l. 36. Wrzód dwunastnicy, znaczne wyniszczenie. Resekcja sposobem Billrotha II w modyfikacji Reichela. Znaczny krwotok. Mimo to chory zniósł zabieg dobrze; po 3 dniach zmarł w zapadzie. Sekcja: zanik wszystkich narządów miąższowych, *cachexia ex inanitione*.

Niech mi wolno będzie wspomnieć jeszcze o jednym zarzucie, stawianym zwykle narkotykom pozapłucnym: że w przeciwieństwie do eteru nie można już po wprowadzeniu środka przerwać narkozy, ani też stosownie do potrzeby regulować nasilenie uśpienia. Na uwagę zasługuje, co w sprawie tej pisze Schulze w Münch. Med. Wschrift. 1930, str. 1314, który podkreśla, że długotrwała narkoza inhalacyjna również nie jest możliwą do regulowania. Nie można więc mówić o wyższości eteru pod tym względem.

Za wskazanie do awertyny uważamy wszelkie przypadki operowane w uśpieniu, o ile zabieg ma trwać dłużej niż 20 minut. Brak nam doświadczenia z oszołomieniem awertynowem (*„Avertinrausch"*), wywołanem przez dożylne wprowadzenie awertyny, a nadającem się do wykonywania krótkotrwałych zabiegów. Specjalne wskazania do stosowania awertyny dają wzmożona pobudliwość nerwowa i schorzenia dróg oddechowych, w których eteru stosować nie można. Wręcz niezastąpiona jest awertyna przy strumektomjach, dalej przy laparotomjach i operacjach ginekologicznych.

Przeciwwskazania stanowią dla nas obustronne schorzenia nerek, ciężkie stany wyniszczenia choroby krwi i wreszcie niektóre choroby wątroby. W operowanych przez nas przypadkach kamieni żółciowych, względnie *cholecystitis chronica* chorzy znieśli awertynę bez najmniejszej szkody. Stoimy teraz na stanowisku, że zwykła kamica żółciowa i zapalenie pęcherzyka żółciowego nie są przeciwwskazaniem dla awertyny i nie stosowalibyśmy jej tylko w wypadkach znacznej redukcji miąższu wątrobowego i stanach cholemicznych. Widzieliśmy chorą ze staremi ogniskami gruźliczemi w płucach, zajęciem gruczołów oskrzelowych i świeżą sprawą gruźliczą w przydatkach — zniosła ona również dobrze narkozę awertynową. W chorobie Basedowa i Basedowoidzie przebieg narkozy i pooperacyjny był uderzająco dobry, chociaż niektórzy autorzy sprawy te uważają za ścisłe przeciwwskazanie. Wreszcie chora l. 35, pierwszy raz w ciąży, ciąża jajowodowa, ciężka anemja hiperchromatyczna (wskaźnik hemoglobiny 1,52) zniosła również nadspodziewanie dobrze narkozę awertynową.

Na koniec wspomnieć należy, że nowy sposób usypiania zyskał sobie gorących zwolenników wśród chorych. Codziennie zgłaszają się chorzy z bliższej i dalszej okolicy, którzy koniecznej dla nich operacji chcą się poddać tylko w uśpieniu „przez lewatywę".

Dr. Maurycy JAKUBOWICZ. Bełchatów.

Jak zapobiec martwicy tkanek po nieudanym zastrzyku dożylnym 10% roztworu Calcium chloratum?.

Niewątpliwie każdemu lekarzowi bez względu na specjalność, a przeważnie lekarzowi na prowincji, który z konieczności zajmuje się ogólną praktyką lekarską, zdarzały się wypadki, że podczas wstrzykiwania 10% roztworu *Calcium chloratum* do żyły — trafił nazewnątrz od niej i cały roztwór zamiast do żyły dostawał się do tkanek ją otaczających.

Taki nieudany zastrzyk dożylny wywołuje zazwyczaj niebezpieczne powikłanie zarówno u ludzi młodych, jak i u starszych, szczególnie jednak niebezpieczne są te powikłania u ludzi starszych, wycieńczonych, u których niekiedy kończą się śmiercią.

Ile cierpliwości przy leczeniu wyżej wspomnianego powikłania musi wówczas znosić zarówno lekarz, jak i chory — o tem wiedzą dobrze koledzy, którzy mieli choć z jednym takim przypadkiem do czynienia. W praktyce swej w podobnem powikłaniu zastosowałem 10% roztwór tiosiarczanu sodowego *(Natrium hyposulfurosum)*. Okazało się, że u chorego, który narzekał, zaraz po wstrzyknięciu 10% roztworu *Calcium chloratum*, na ostry ból, po zastrzyknięciu po obu stronach żyły po 2 cm^3 10% roztworu *Natrium hyposulfurosum*, ból i obrzęk ustąpiły po 5 minutach. Chemizm połączenia obu tych środków przebiega w następujący sposób:

$$Na_2S_2O_3 + CaCl_2 = 2NaCl + CaS_2O_3$$

czyli powstają 2 cząsteczki soli kuchennej i jedna cząsteczka tiosiarczanu wapnia. Jak wiemy roztwór soli kuchennej jest środkiem obojętnym i nekrozy tkanek nie wywołuje, co zaś do tiosiarczanu wapnia przypuszczam, że musi to być również środek obojętny dla tkanek otaczających żyły.

Celem lepszego przekonania się o skuteczności *Natrium hyposulfurosum* w podobnych przypadkach, przeprowadziłem w prywatnej swej praktyce szereg doświadczeń, w ciągu kilkunastu miesięcy, między innemi także na najbliższych mi osobach, razem w 12 przypadkach. Wyniki zadowoliły mnie w wysokim stopniu. Doszedłem do przekonania, że 10% roztwór tiosiarczanu sodowego jest rzeczywiście środkiem zapobiegawczym odnośnie do martwicy tkanek przy nieudanym zastrzyku dożylnym 10% roztworu chlorku wapnia, jeśli jest zaraz stosowany. W wyżej wspomnianych 12 przypadkach postępowałem w następujący sposób: gdy podczas wstrzykiwania od 5—10 cm^3 10% roztworu *Calcium chloratum* do żyły, trafiłem nazewnątrz od niej, czy to wskutek słabo rozwiniętego układu żylnego *(V. medianacephalica*, V. *mediana basilica*, lub V. *basilica)* bądź wskutek obficie rozwiniętej tkanki tłuszczowej podskórnej, lub też specjalnie, celem przeprowadzenia doświadczenia — i cały roztwór dostał się do tkanek otaczających żyłę, wówczas natychmiast wstrzykiwałem po obu stronach żyły podskórnie po 1,5—2,5 cm^3 10% roztworu *Natrium hyposulfurosum* według następującej recepty:

Rp. Sol. Natr. hyposulfuros. 10%
f. sol. steril. 25.0

W 10-ciu przypadkach ból po 5—10 minutach ustąpił, w 2 przypadkach, gdy 10% roztwór tiosiarczanu sodowego wstrzyknięty został po 5—7 minutach, ból ustąpił dopiero po zastosowaniu gorących okładów po 45 minutach do 1 godziny. Poza tem, nawet w tych 2 przypadkach żadnego powikłania w postaci martwicy tkanek nie stwierdziłem. Ponieważ przeglądałem dostępną mi literaturę lekarską i nigdzie nie znalazłem wzmianki o stosowaniu *Natrium hyposulfurosum* w podobnych przypadkach, wobec tego, biorąc również pod uwagę jak doniosłe znaczenie ma dla lekarza-praktyka uniknięcie ciężkiego powikłania w postaci martwicy tkanek po nieudanym zastrzyku dożylnym, oraz szybkość działania i niezawodną skuteczność stosowania opisanego zabiegu, pozwalam sobie Kolegom powyższy sposób postępowania gorąco polecić.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Traité de physiologie normale et patologique. Publié sous la direction de G. H. Roger. Tome VIII. Physiologie musculaire. Chaleur animale. Str. 742. Rys. 186. Paris. Masson. 1929. Cena 110 fr. fr.

Stale wzrastająca ilość prac fizjologicznych wywołuje potrzebę przeglądu uzyskanych wyników; jedynie w ten sposób mogą poszczególni badacze zapoznać się z dorobkiem dokonanym na terenie szerszym od ich specjalności. Wynajdują wtedy punkty styczne między poszczególnemi działami, mają możność zapoznania się z metodami, stosowanemi do rozwiązania innych zagadnień i przez to mogą ożywić swój dział przez wprowadzenie nowych metod i nowych hipotez. Tak rozumieć należy zadanie takich dzieł, jak Traité de physiologie normale et patologique.

Tom VIII, obejmujący fizjologję mięśni oraz ciepło zwierzęce podzielono na cztery części. Część I. o mięśniach, napisana przez L. Lapique'a i G. Bourguignon'a obejmuje wyniki badań nad strukturą i mechanizmem skurczu mięśni oraz sprawę chronaksji. Przedmiotem części II są zagadnienia pracy i ciepła zwierzęcego. M. Weiss, P. Chailley-Bert, J. Lefèvre, J. Gautrelet i L. Binet omawiają podstawowe zagadnienia przemiany energji, zmęczenia i ruchu, mechanizm obrony ustroju przed zmianami temperatury otoczenia oraz gorączkę. W części III piszą R. Leriche i A. Policard o ogólnej fizjologji tkanki kostnej. Część IV. o elektryczności i świetle opracował A. Strohl.

Ostatnie lata przyniosły w dziedzinie fizjologji mięśni prawdziwie rewolucyjne odkrycia (n. p. badania Lundsgaarda, który w 1930 wykazał, że mięsień może wykonywać pracę bez wytwarzania kwasu mlekowego). Wiele dawnych poglądów zostało obalonych; powstały nowe hipotezy; długi szereg dawnych teoryj wymaga kontroli. Fizjologów mięśni czeka praca gruntownej rewizji poglądów; dokonać tego mogą jedynie wtedy, gdy krytycznie ujmą dotychczasowy dorobek naukowy i znajdą nowe drogi podejścia do zagadnienia. Tom VIII. Traité ułatwi im tą pracę.

Ale nietylko fizjolog może wiele z tego dzieła skorzystać, także praktykujący lekarz, internista czy neurolog, znajdzie w niem wiele działów (n. p. chronaksja, gorączka i i.), ściśle związanych z jego pracą przy łóżku chorego.

Piękny zewnętrzny wygląd oraz stosunkowo niska cena powinne przyczynić się również do rozpowszechnienia dzieła w stopniu, na jaki zasługuje.

W. Mozołowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości Kas chorych, rok II, zeszyt 4, z r. 1931: Zarządzenia Min. spr. wewn.: — Zarządzenia O. P. Z. K. Ch.; — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych; — Doświadczenia lecznictwa kasowego; — Ubezpieczenia społeczne zagranicą; — Z życia Kas chorych; — Bilanse i rachunki działalności za rok 1929; — Walka z alkoholizmem; — Z żałobnej karty.

Lekarz Polski, rok VII, nr. 3, z 1 marca 1931: W. Łuniewski: Pozbawienie lekarza prawa praktyki przez ubezwłasnowolnienie; — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.); — Z. Rudolf: Właściwości dobrej i złej wody; — Ogiński: O radach lekarskich w Kasie chorych. — W. Borkowski: Projekt skoordynowania działalności przeciwweneryczej Rządu, samorządu, instytucyj ubezpieczeń społecznych oraz stowarzyszeń społecznych; — Z ruchu przeciwalkoholowego; — Medycyna społeczna zagranicą; — Z ubezpieczeń społecznych. — M. Skokowska-Rudolfowa: Z działalności publicznej służby zdrowia; — Z organizacyj lekarskich.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 11, z 15 marca 1931: Cele i zadania farmakopei (c. d.); — Sprawy zawodowe.

Therapia nova, rok III, nr. 2, z lutego 1931: A. Galewski: Lepkość krwi, z punktu widzenia fizykochemji i kliniki. — Z. Segat: Chlorofil jako lek krwiotwórczy; — G. A. Rosner: Perkaina i jej zastosowanie w praktyce.

Młoda matka, nr. 6, z r. 1931: I. Średnicki: Wzrost u dzieci. Cz. Hoppe: Masaż. — Z. Morawski: O pewnych niesymetrjach twarzy i główki u dziecka. — I. Śmiarowska: O krwawieniu podczas ciąży; — I. Michałowicz: Gry ruchowe w pokoju; — C. Bańkowska: Dla młodych ojców; — W. Meisner: Logika w ubieraniu.

Pielęgniarka polska, rok III, nr. 3, z marca 1931: H. Chrzanowska: Marja Epsteinówna: Konkurs na pogadankę z rodzicami; — M. Kacprzak: W obronie praw pielęgniarek zawodowych.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok VI, nr. 3, z 1 marca 1931: R. Garlicki: Wymiar świadczeń emerytalnych w ubezpieczeniu pracowników umysłowych; — Z. Grabowski: Moc obowiązująca art. art. 118 i 119 Rozp. Prez. Rzplitej z dn. 24. XI. 1927 r. P. Dziurzyński: Badania nad zapobieganiem bezrobocia; — K. Horski: Uwagi interpretacyjne do art. 20 Rozp. Prez. R. P. o ubezpieczeniu prac. um.

Położna, rok IV, nr. 3, z marca 1931: J. Doliński: Jaką powinna być położna, jakie jej obowiązki i jak powinna je spełniać? — Wł. Bobrzyński: O wypadnięciu macicy i pochwy; — H. Reiss: Kiła w ciąży; — M. Dukiet: Borowina i jej zastosowanie w lecznictwie.

Rocznik psychjatryczny, zesz. XIV/XV, z r. 1931: G. Bychowski: Z badań nad stanami osłupienia schizofrenicznego; — I. Nelken: Kokainizm i homoseksualizm; — Wł. Chłopicki: Napadowe halucynacje słuchowe i napadowe urojenia w przypadku parkinzonizmu po nagminnem zapaleniu mózgu; — I. Handelsman: Stosunek zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianem mózgu i rdzenia; — I. Mackiewicz: Glioblastomatosis diffusa cerebri multiocularis; — I. Choróbski: Przypadek glejaka (oligodendroma) komory bocznej; — W. Łuniewski: Drugie sprawozdanie z czynności zakładów psychjatrycznych w Polsce za rok 1929.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 6, z r. 1931: Umowy ramowe; — Z powodu nowelizacji ustawy emerytalnej z dnia 11 grudnia 1923 i 23 marca 1929 r. — Memorjał Związku lekarzy Państwa Polskiego; — Z życia Zwiazku lekarzy Państwa Polskiego; — Wśród lekarzy pobratymców; — B. Jakimiak: Ogólny pogląd na Zjazdy lekarzy słowiańskich i ich znaczenie; — A. Gluziński: Szkic historyczny powstania Związku lekarzy słowiańskich; — Br. Sawicki: Z trzeciego Zjazdu lekarzy słowiańskich w Splicie; Z. Rudolf: Higjena urbanistyczna; — J. Bednarski: Sprawy sanitarne porządkowe.

Czystość, nr. 1—2, z r. 1931: Cz. Wroczyński: Międzynarodowa wystawa higjenistyczna w Dreźnie; — T. Mogilnicki: Błędy i przesądy przy pielęgnowaniu niemowląt.

Nowiny lekarskie, rok XLIII, zeszyt 6, z 15 marca 1931: A. Elektorowicz: Kliniczne znaczenie i wyniki cholecystografji; — B. Kowalski: Rozpoznanie różniczkowe ciąży i najważniejszych nieprawidłowości ciążowych (dok.); — A. Rytel: Etjologja schorzeń stawowych; — M. Chorzelska: Z badań nad jecorolem; — K. Sawicz: Gumat nosa a trudności diagnostyczne.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv für Gynaekologie.

T. 141. — Z. 1.

Hannes: *Wzmocnienie bólów porodowych od strony odbytnicy.* (Tytuł w oryginale brzmi: *Rectale Tokokinese).*

W celu wzmocnienia bólów porodowych poleca autor zakładanie do odbytnicy balonu Barnesa, który wypełnia 150—300 cm^3 wody o ciepłocie 45^0 na przeciąg 4—6 godzin. Działanie ma być bardzo skuteczne, a polega ono na ucisku na zwoje nerwowe, które w czasie skurczu macicy znajdują się między balonem a główką. Do wzniecenia czynności porodowej sposób ten się nie nadaje.

Nazwa naukowa tego sposobu postępowania t. j. założenia balonu do odbytnicy w myśl propozycji Kleina i Nettesheima brzmiała prokteuryza, analogicznie do metreuryzy, oznaczającej założenie balonu do macicy. Dopiero Küstner zwrócił uwagę na niewłaściwość tej nomenklatury i wychodząc z założenia, że celem zabiegu nie jest rozszerzenie macicy względnie odbytnicy, lecz wzmocnienie bolów porodowych zaproponował zamiast metreuryntera nazwę tokokineter. W myśl tej propozycji określił autor sposób wzmocnienia bólów przez założenie balonu do odbytnicy nazwą *„rectale Tokokinese"*.

Pfalz i Rittau: *Działanie pooperacyjne narkozy i znieczulenia na siłę bakterjobójczą normalnej krwi ludzkiej.*

Na wstępie opisują autorzy dokładnie i obszernie technikę badania według Wright'a celem oznaczenia wskaźnika bakterjobójczego normalnej krwi ludzkiej, poczem podają wyniki swych doświadczeń, które przedstawiają się następująco:

U 18 chorych laparotomowanych w narkozie inhalacyjnej eterowej lub chloroformowej stwierdzili znaczne zwiększenie się wskaźnika bakterjobójczego. Zwiększenie to przeciętnie wynosiło 10—20-krotność wsakaźnika normalnego i przebiegało według 2 zupełnie dobrze zaznaczonych typów reakcyj, których największe nasilenie przypadało na 1/4 i 7 godzin po zabiegu. Znieczulenie lumbalne, sakralne i miejscowe $1^1/_2$ procentową tutokainą i $^1/_2$% roztworem nowokainy — suprareniny u 20 laparotomowanych dało zupełnie te same wyniki. Również te same wyniki stwierdzono u tych chorych, u których stosowano uśpienie eterowe dla celów rozpoznawczych lub znieczulenie krzyżowe w celach leczniczych bez zabiegów operacyjnych.

Na podstawie porównania powyższej reakcji z wynikami uzyskanemi dawniej odnośnie do wpływu ciał białkowych swoistych i nieswoistych na wskaźnik bakterjobójczy, nie uznają autorowie nieswoistych procesów uodporniających. Na podstawie badań laboratoryjnych odrzucają również bezpośrednie antyseptyczne działanie środków usypiających i znieczulających.

Stwierdzone zwiększenie siły bakterjobójczej krwi określają autorowie w myśl Weichardta jako zwiększenie fizjologicznej czynności komórek.

Gellhorn: *Kiła a chirurgja.* Jaki odsetek ludzi choruje na kiłę nie da się ani w przybliżeniu obliczyć. Odsetek ten u chorych, którzy mają być operowani, zdaniem autora jest znaczny, a Coms oblicza go na 18%. Kiła może być powodem mylnego rozpoznania a przez to i niepotrzebnego a nawet niebezpiecznego zabiegu operacyjnego. Autor przytacza z piśmiennictwa liczne omyłki rozpoznawcze, gdzie guzy kilowe operowano jako mięsaki, raki, lub nabłoniaki. Dopiero po operacji wykonany odczyn Wassermanna i kuracja salwarsanowa ustaliły rozpoznanie kiły. Kilaki części pochwowej nieraz rozpoznawano i operowano jako raki szyi macicy. Krwawienia maciczne w wielu przypadkach mają tło kiłowe. Liczbę omyłek rozpoznawczych można zmniejszyć przez wykonywanie odczynu W. u chorych przed operacją. W przypadkach podejrzanych, w których odczyn W. wypadł ujemnie, należy badań płyn mózgowo-rdzeniowy.

W przypadkach operowanych, gdzie kiły nie rozpoznano wyleczenie może napotkać na trudności, a gojenie się rany być bardzo uciążliwe. Autor przytacza przypadki własne i z piśmiennictwa, w których blizna polaparotomijna rozeszła się nawet po 10 dniach, mimo że nie było ani śladu zakażenia i zgoiła się następnie dopiero po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego.

Autor radzi nie operować chorych kiłowych bez gwałtownej potrzeby, chyba dopiero po przeprowadzeniu swoistego leczenia. Sam operował 100 luetyczek w znieczuleniu lędźwiowem bez żadnych przypadłości i dlatego sądzi, że kiła nie stanowi przeciwwskazania do tego sposobu znieczulania.

Scheuer zebrał z piśmiennictwa 14590 przypadków pierwotnego zakażenia kiłowego, które powstało w czasie zabiegów chirurgicznych. Statystyka ta zwiększa się o 168 przypadków, gdzie zakażeniu ulegli lekarze. Odsetek lekarzy, którzy ulegli zakażeniu, jest bardzo wysoki, bo wynosi 21,92%. W 272 przypadkach zakażenie powstało podczas szczepienia ospy, w 42 przypadkach wskutek zakażenia narzędzi. Znane wreszcie są przypadki, gdzie lekarze zakazili się od noworodków kiłowych zapomocą cewnika tchawiczego, a wrzód pierwotny usadowił się u nich na migdałkach.

K. B. (Lwów).

Medizinische Klinik.

Nr. 30. — 1930.

H. Sellheim: *Uśmierzanie bólów porodowych.* Autor jest gorącym zwolennikiem czynienia porodu aktem bezbolesnym dla każdej kobiety. Radzi pantopon 0,015 + scopolamina 0,0005 doustnie.

F. Beinl: *Alergja, anafilaksja i idjosynkrazja.* Uderzająca analogja w objawach obydwu ostatnich pojęć.

H. Baumm: *Trudności rozpoznania różniczkowego przy ciąży pozamacicznej.* Opis trudnego przypadku.

H. Schneider: *Klinika i leczenie zawodowego przewlekłego zatrucia benzolem.* 2 przypadki uszkodzenia szpiku kostnego benzolem w fabryce kauczuku — niedokrwistość, leukopenja, otyłość jako główne cechy chronicznego zatrucia.

L. Dinkin: *Lżejsze postacie awitaminozy w codziennej praktyce.* Najczęstsza przyczyna to jednostajna dieta przepisana przez lekarza lub pod wpływem hipochondrycznego usposobienia chorego utrzymywana przez dłuższy okres czasu. Najczęstsza postać to podobne objawy jak przy gnilcu w postaci lekkiej *stomatitis* z braku witaminy C.

R. Rittmann: *Przypadki wad rozwojowych nerek.* Nerki podkowiaste oraz podwójne moczowody (dok. nast.).

F. Wolter: *Epidemjologja i profilaktyka duru brzusznego.* Na podstawie statystyki epidemij w Monachjum i Pradze potwierdza teorję Pettenkofera o znaczeniu gruntu i klimatu w powstawaniu zachorzeń na dur brzuszny. (Dyskusja z prof. Salus'em z Pragi).

Pyrifer: *Cardiazol-Dicodid.* (w dziecięcej praktyce).

H. Powązka (Kraków).

Piśmiennictwo angielskie.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. XV. Nr. 11 sierpień 1930.
(Zeszyt gośćcowy I.).

R. Pemberton: *Obecny stan zagadnienia zapalenia stawów.* Zmiany w krążeniu (włoskowatem), zmiany czynnościowe i postaciowe jelit w związku z nieodpowiednią dietą są wedle P. czynnikiem ważniejszym etjologicznym w *arthritis*, aniżeli drobnoustroje.

R. A. Kinsella: *Nowe badania reumatyzmu z uwzględnieniem wiewiórowego zapalenia stawów.* Zwierzęta, uczulone wobec danego drobnoustroju mogą zginąć wskutek wszczepienia innego całkiem drobnoustroju, nieśmiercionośnego samego przez się. Pod tym kątem widzenia rozpatruje K. późne występowanie wiewiórowych zapaleń stawów z powodu rozsiania się dwoinek wiewiórowych przez jakąkolwiek chorobę zakaźną innej natury.

M. H. Dawson, R. H. P. Sia, R. H. Boots: *Różnicowanie między arthritis rheumatica a osteoarthritis: szybkość opadania krwinek czerwonych i wartość tego odczynu.*

R. W. Crowe: *Swoiste leczenie szczepionkowe w przewlekłem zapaleniu stawów i reumatyzmie.* By szczepionka była skuteczna, trzeba 1) by była sporządzona z drobnoustroju, wywołującego chorobę; 2) by ten, wyosobniony, zdolny był do życia na pożywkach sztucznych; 3) by szczepionka była sporządzona ze świeżo wyosobnionych hodowli. C. używa wielowartościowej szczepionki paciorkowców zmieszanej ze szczepionką własną, nadto wchodzić musi w skład też szczepionka z *micrococcus deformans,* wedle C. również patogenicznego, (zbliżony do *staphyl. epidermidis albus).* Wogóle najrozmaitsze drobnoustroje mogą być chorobotwórcze w zapaleniu stawów. Dlatego dla sporządzenia odpowiedniej szczepionki należy posługiwać się t. zw. próbą wybiorczą chorobotwórczości *(pathogen selective test)* dodaje się świeżej krwi chorego do materjału z kału, plwociny, zęba czy nosa i hoduje się: co wyrośnie w czystej hodowli, jest chorobotwórcze. W dalszym ciągu C. uwydatnia swój pogląd, że wszelkie schorzenia reumatyczne, też na tle wewnętrzno-wydzielniczem, są spowodowane przez drobnoustroje (infekcje mieszane) i dostępne leczeniu szczepionkowemu. Leczenie to winno być przeprowadzone z tą myślą, że im mniejsza jest dawka, tem lepszy wynik, gdyż nie chodzi tu o wytworzenie odporności lecz o pobudzenie samego ustroju. Następnie C. zajmuje się techniką leczenia szczepionkowego i kończy wezwaniem, by leczenie to przeprowadzać możliwie wcześnie, gdyż wtedy jest niemal zawsze skuteczne.

J. C. Small: *Biologiczne czynniki streptococcus cardioarthritidis i najnowsze postępy w technice ich leczniczego stosowania.* S. omawia stosowanie surowicy i wodnego wyciągu z tych drobnoustrojów.

J. A. Freiberg i St. A. Dorst: *Staw alergiczny.* F. i D. opisują taki staw alergiczny w ten sposób: kształt wrzecionowaty, nieznaczne (lub żadne) nacieczenie okołostawowe, nieznaczne upośledzenie czynności, wypełnienie płynem, w dotyku gąbczasty. Roentgen wykazuje pewne zgrubienie części miękkich, średniego stopnia nieregularność i zwężenie powierzchni stawowych, brak większych kostnych zmian wytwórczych. Bóle są nieduże. Płyn wydobyty przez nakłucie przedstawia się jako wysięk żółty, czasem lekko mętny, jałowy. Zapomocą próby skórnej z hodowlami drobnoustrojów, otrzymanemi z przypuszczalnych odległych ognisk zakażenia, F. i D. określają drobnoustroje czynne, t. j. te, które uczulają ustrój (staw). Zapomocą ich zawiesiny przeprowadza się odczulanie. Dla swej teorji podają doświadczalne dowody (na królikach).

D. Thomson i R. Thomson: *Pięć odmian paciorkowców zapalenia stawów.* Studjum mikrofotograficzne.

D. Thomson i N. Gray Hill: *Nowe badania nad etjologją paciorkowcową gorączki gośćcowej.* Autorzy zajmują się drobnoustrojami, które można wyhodować z różnych podłoży ustroju chorego na gościec.

A. A. Fletcher: *Czynnik pokarmowy a gościec przewlekły.* Dieta uboga w węglowodany, a obfitująca we witaminy (białka 50—60 g, węglowodanów 50—75 g na dzień, resztę potrzeb kalorycznych ma pokryć tłuszcz) ewentualnie w postaci drożdży, powoduje poprawę różnych nieprawidłowości kiszek (atonja, *colitis)* i istniejących równocześnie schorzeń gośćcowych. Za sprawę pierwotną w gośćcu uważa F. błędne odżywianie się, zwłaszcza brak witaminów w diecie.

J. A. Key. *Urazowe zapalenie stawów* i czynniki mechaniczne w przerostowem zapaleniu stawów. K. wspomina niewyjaśnioną dotąd etjologję i niedostateczny podział gośćca. Kieruje się podziałem na gościec przerostowy i zanikowy, świadom jego niedokładności. Omawia tu tylko postać przerostowa, teorje co do jej etjologji, doświadczenia na zwierzętach i podnosi znaczenie przyczynowe urazu, podkreślając równocześnie wszelkie niejasności.

A. R. Neligan: *Klinika angielskiego Czerwonego Krzyża dla gośćca.* Opis nowej kliniki przeznaczonej dla leczenia wyłącznie ambulatoryjnego przeciwgośćcowego.

Vol. XV. Nr. 12. Wrzesień 1930.
(Zeszyt gośćcowy II.).

Russell L. Cecil: *Nowoczesna teorja gośćca.* W ostrym gośćcu (gorączce gośćcowej) C. uwzględnia czynnik urazowy i czynnik uczulenia, lecz za pierwotny zespół etjologiczny uważa — jak w zapaleniu stawów wiewiórowem — ognisko zakażenia, krążenie drobnoustrojów we krwi i umiejscowienie się ich w stawach. Co do gośćca przewlekłego zakaźnego, to przedstawia on bardzo wiele podobieństwa do gorączki gośćcowej, czasem jest nie do odróżnienia. Różnica najistalsza, acz nieduża, polega na hodowlach paciorkowców i odczynie zlepnym; paciorkowce w gorączce gośćcowej są raczej niehemolizujące, (typu *viridans)* w przewlekłym gośćcu zakaźnym — hemolizujące. Również doświadczenia na zwierzętach skłaniają C. do przyjęcia etjologji paciorkowcowej dla tych dwu postaci gośćca.

W gośćcu przerostowym natomiast obraz kliniczny i anatomiczny przemawia raczej za etjologją naczyniową w rozumieniu Pembertona.

Na zakończenie C. wylicza jeszcze momenty etjologiczne dla gośćca zakaźnego, jak złe warunki życia, (nieodpowiednie odżywianie się i wilgoć, zimno), zaraźliwość, ogniska zakażenia, wpływy nerwowe, uraz. W gośćcu przerostowym natomiast gra rolę otyłość, wiek późniejszy, dziedziczność.

L. T. Swaim: *Spostrzeżenia kliniczne w gośćcu przewlekłym.* S. podkreśla nieścisłość klasyfikacji na gościec zanikowy i przerostowy, wskazując na liczne postacie gośćca, niedające się zaliczyć do takich klas. Omawia znaczenie zakażenia, wieku, płci, a przedewszystkiem urazów oraz nieprawidłowego obciążenia stawów w gośćcu przerostowym. Jest zwolennikiem leczenia przez ćwiczenie i ochronę chorych stawów przed dalszem przeciążeniem. W gośćcu zanikowym gra rolę dziedziczność, płeć (trzy razy częstszy u kobiet) wiek (średni), budowa (smukła). A więc czynnik konstytucjonalny jest silnie zaznaczony.

C. E. Forkner: *Płyn synowjalny w zdrowiu i chorobie ze szczególnem uwzględnieniem gośćca.* F. podaje szereg tablic z danemi co do ciężaru właściwego, lepkości, składu chemicznego, stężenia jonów wodorowych, cytologji i bakterjologji, odczynu Wassermanna oraz wskaźnika żółtaczkowego w płynie stawowym zdrowym i chorym. Ilość cukru poniżej 60 mg % występuje w zakażeniu; poniżej 45 mg % w ropnem zakażeniu. Stężenie jonów wodorowych około 7,0 — również przy obecności drobnoustrojów. Poniżej 7,0 — drobnoustroje są ropotwórcze. Wskaźnik żółtaczkowy powyżej 5,5 świadczy o urazowem pochodzeniu płynu. Wassermann dodatni w płynie stawowym, a ujemny we krwi dowodzi charakteru kiłowego schorzenia stawowego; jeśli i we krwi jest dodatni, charakter schorzenia s t a w o w e g o nie musi być kiłowy. Dodatni we krwi — ujemny w płynie stawowym świadczy o odporności stawów. Leukocytoza obojętnochłonna około 11.000 lub wyżej łączy się z dodatnią hodowlą bakterjologiczną, około 5.000 z ujemną. Krwinki czerwone przemawiają za etjologją urazową. F. zachęca do szczegółowych badań płynu stawowego.

R. G. Snyder i C. H. Traeger: *Gościec przewlekły.* S. i T. podają podstawową dietę dla chorych na gościec. Podstawą do jej ułożenia są rozważania na temat zaburzeń w trawieniu oraz w przemianie materji wogóle (podwyższony poziom cukru, oraz kwasu moczowego we krwi). Dieta powinna być kalorycznie skąpa, zawierać zwłaszcza mało węglowodanów i białek, jak najmniej zasad purynowych, dużo witaminów, winna być łatwo przystosowywalna do potrzeb, wynikających z komplikacyj (nadciśnienie otyłość i t. d.) oraz łatwa do przeprowadzenia w domu, nieuciążliwa dla chorego. Wzór takiej diety podają autorzy.

A. C. Young: *Stosowanie leków w gośćcu stawowym.* Przegląd wszelkich leków stosowanych z uwzględnieniem ich własności, działania i t. d. Z nowszych środków Y. wymienia sole kwasu o-jodoksybędźwinowego i zajmuje się niemi szczegółowo z racji ich działania utleniającego, co drogą obniżenia napięcia nerwu współczulnego prowadzi do lepszego ukrwienia chorych miejsc.

Ph. Hench, M. Henderson, L. Rowntree i A. Adsohn: *Leczenie przewlekłego „zakaźnego" gośćca wycięciem zwojów i pnia współczulnego.* Omawiane są wskazania do tego zabiegu, jeszcze dobrze obecnie nie ustalone, oraz jego skutki, które objawiają się w zmniejszeniu bólów z powodu lepszego ukrwienia chorych miejsc.

L. Gunther: *Bóle nerwowe korzonkowe, w przerostowym gośćcu kręgosłupa, jako czynnik utrudniający rozpoznanie.* Przegląd mylnych rozpoznań, zależnie od odcinkowej bolesności (np. nerwica serca, dusznica bolesna, wrzód żołądka, kamica żółciowa, przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, rwa kulszowa) w przebiegu gośćca kręgosłupa.

L. W. Ely: *Przewlekły gościec: podział, etjologja i patologja oraz zarys odpowiedniego leczenia.* Podział na dwa typy: zakaźny (gruźliczy, kiłowy, reumatyczny czy zanikowy) oraz przerostowy, zwany też starczym, w Niemczech *arthritis deformans*, w Anglji *osteoarthritis, arthritis degenerativa* niektórych innych autorów i t. d. Na palcach — guzki Heberdena; w biodrowym stawie — *malum coxae senile.* E. jest zwolennikiem poglądu o etjologji pierwotniakowej niektórych przypadków gośćca.

R. A. Exelby: *Wyniki leczenia emetyną gośćca przerostowego w klinice Stanford.* Emetynę stosowano w myśl poglądu Ely'ego, iż w wielu przypadkach czynnikiem etjologicznym dla gośćca przerostowego są pierwotniaki w przewodzie pokarmowym. E. omawia technikę stosowania emetyny, oraz objawy zatrucia, które występują we więcej niż połowie przypadków.

W. C. Stoner: *Doniosłość stanowczego postępowania z chorym na gościec.* S. podkreśla potrzebę specjalnych klinik z zakreślonym programem działania.

Bincer (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 12 grudnia 1930.

Przewodniczy: kol. Marischler.

1) Kol. Marischler podaje do wiadomości członków, że w Polskiem Radjo będą się odbywały wykłady z zakresu medycyny. Prelekcje będą płatne. Koledzy, którzyby reflektowali na udział, zechcą się zgłosić u kol. Nowickiego.

2) Prof. Dr. A. Trawiński. *Pięćdziesięciolecie badań nad paratyfusem.* Prelegent omówił na początku wykładu historję badań nad paratyfusem począwszy od roku 1880, w którym Bollinger zwrócił na nie szczególną uwagę. Badania nad paratyfusem wzięły początek z badań nad etjologją zatruć mięsnych. Następnie omówił własności morfologiczne, biologiczne, serologiczne i chorobotwórcze pałeczek grupy paratyfusowej w oświetleniu wyników najnowszych badań naukowych. Okazuje się, iż pałeczki grupy paratyfusowej dają się zasadniczo podzielić na pałeczki paratyfusu A i pałeczki paratyfusu B. Podczas gdy nazwa paratyfus A stanowi pod względem bakterjologicznym pojęcie jednolite, nazwa paratyfus B stanowi pojęcie zbiorowe, obejmujące nader liczne pałeczki, dające się zasadniczo ująć w dwie podgrupy, mianowicie podgrupę ścisłą i obszerną. Do podgrupy pierwszej należą pałeczki z reguły chorobotwórcze mianowicie jużto dla człowieka, jużto dla zwierząt, jużto wreszcie dla zwierząt i człowieka, do podgrupy zaś drugiej należą pałeczki, które z reguły wiodą w przyrodzie żywot saprofityczny, a tylko w wyjątkowych bliżej nieznanych warunkach mogą rozwinąć własności chorobotwórcze. Pałeczki ścisłej grupy paratyfusu B, tak ważne nietylko ze względu na systematykę bakteryjną, lecz także ze względów epidemjologicznych, dają się ująć w cztery zasadnicze typy, mianowicie pałeczka paratyfusu B Schottmueller, pałeczka Salmona, pałeczka Gaertnera i pałeczka wrocławska.

W dyskusji. Kol. Gąsiorowski. W niezwykle wyczerpującym wykładzie Szanowny Prelegent wśród wiru nazw i dat przedstawił chwiejność zapatrywań, jakie obecnie panują w klasyfikacji grupy pałeczek paratyfusowych. Grupa ta, umieszczona pomiędzy ściśle określoną pałeczką durową i okrężnicową, pozostaje do dzisiejszego dnia niejako w zawieszeniu. Wobec braku wyraźniejszych różnic morfologicznych, biochemicznych i serologicznych zróżniczkowanie pojedyncznych gatunków natrafia na poważne przeszkody. Stąd powstaje szereg typów, którym autorowie, opierając się często na nieistotnych cechach różniczkowych, nadają najrozmaitsze nazwy. Jeśli do tego uwzględni się możliwość zachodzących przemian pod formą *S* i *R*, lub *H* i *O* i towarzyszące zmiany w budowie receptorów, nie ulega wątpliwości, że potrzeba jeszcze wiele wysiłków i pracy, zanim dokładniej poznamy i wprowadzimy ład w klasyfikacji tej grupy.

Na razie, jak słusznie podkreślił Prelegent, z szeregu chwiejnych gatunków wyłaniają się trzy o cechach trwalszych, a mianowicie: *bact. paratyphi B Schottmüllera, bact. breslaviense i bact. enteritidis Gärtneri.* Niezwykle więc interesującym staje się fakt, skoro Prelegentowi udało się ze starej hodowli pałeczki Schottmüllera, wyodrębnić kolonję serologicznie odpowiadające pałeczkom Gärtnera. Wobec stale spostrzeganej dotychczas odrębności w wzajemnem zachowaniu się tych pałeczek pod względem serologicznym, powyższa przemiana nasuwa poważne refleksje, a może i pewne zastrzeżenia wymagające ścisłej rewizji.

Ponadto w dyskusji przemawia kol. Stauber, kol. Węgrzynowski, kol. Trawiński.

XXXV. Posiedzenie naukowe z dnia 19 grudnia 1930.

Przewodniczy: kol. A. Kuhn.

1) Przewodniczący wygłasza przemówienie ku uczczeniu pamięci ś. p. Dr. Józefa Zakrzewskiego, zmarłego we Lwowie w dniu 18. grudnia 1930, w 63. roku życia.

Zmarły prowadził przed wojną wzorowy zakład wodoleczniczy „Marjówka" pod Lwowem. Jako znawca zdrojownictwa, powołany do polskiego Ministerstwa zdrowia, pracował tam przez czas pewien w referacie uzdrowisk. Jego też w znacznej części zasługą jest wspaniały rozwój zdrojowiska Niemirów w ostatnich latach; tutaj Zmarły pracował przez lat dziesięć, do r. 1930, włącznie.

Mówca kończy wyrazami współczucia dla syna Zmarłego, kol. A. Zakrzewskiego, sekretarza stałego Towarzystwa, i synowej, Kol. Józefy Zakrzewskiej, oraz zaprasza na pogrzeb zapowiedziany na 20. grudnia.

Przemowy wysłuchali obecni stojąc.

2) Przewodniczący składa gratulacje kol. St. Legeżyńskiemu z powodu mianowania profesorem Akademji Medycyny Weterynaryjnej.

3) Przewodniczący przedstawia proponowaną z ramienia Wydziału Tow. Lek. listę Komisji-Matki, którą przyjęto jednomyślnie.

4) Kol. Karol Wenzel przedstawia *przypadek odmy śródpiersia* stwierdzonej na oddz. wewn. 6. Szpitala Okręgowego we Lwowie.

Chory, kadet T. M., lat 17, zachorował nagle podczas ćwiczeń gimnastyczno-wojskowych wśród objawów silnego bólu wspierającego w okolicy mostka i dołka sercowego, do którego szybko przyłączyła się czkawka i odbijania z atakami kaszlu, podczas których wymioty. Został skierowany na oddz. chirurgiczny z podejrzeniem na przebicie wrzodu żołądka, a stąd na oddz. wewnętrzny. Tu stwierdzono obok stałej czkawki, tmp. 37.9°, tętno 95. Objawy odmy powietrznej podskórnej na przedniej części szyi i górnej części klatki piersiowej od przodu. Ponadto objawy nieżytowe w szczycie płuca prawego, a nad całem sercem i nad mostkiem, obok ledwie słyszalnych tonów serca, trzeszczenie rozlane o charakterze podźwięku, zjawiającego się przy ściskaniu śniegu, synchroniczne zaburzenia serca. Przebieg cierpienia: Czkawka stała przez 10 dni. Dwunastego dnia choroby jeszcze ślady trzeszczeń nad mostkiem i wyjaśnienie się tonów serca. Odma podskórna najbardziej zaznaczona 6 dnia choroby. Rozpoznano odmę śródpiersia na tle przebicia oskrzela przez zropiały gruczoł okołooskrzelowy podczas wysiłku fizycznego, gdyż rentgenologicznie dały się stwierdzić wybitne zmiany w tych gruczołach.

O ile przypadki odmy opłucnej samoistnej są stosunkowo częste, szczególnie na tle gruźlicy rozpadowej, to przypadki odmy śródpiersia należą do rzadkości. Odma opłucnowa występująca nagle w płucu niedotkniętem zrostami wywołuje cały szereg cięższych i długotrwałych zaburzeń wskutek gwałtownego podniesienia ciśnienia i następowego ucisku zupełnego płuca, przemieszczenia *mediastinum,* co wywołuje zaburzenie w krążeniu znaczniejszego stopnia. Przy odmie wśródpiersia brak tak gwałtownych objawów ze strony krążenia, ponieważ powietrze gromadzące się w śródpiersiu może swobodnie uchodzić do tkanki łącznej szyi a stąd rozprzestrzeniać się w tkance łącznej podskórnej całego ciała. Odma śródpiersia wywołuje raczej wybitne zaburzenia ze strony nerwów przechodzących przez śródpiersie. Zadrażnienie nerwów przeponowych wywołuje czkawkę, zadrażnienie nerwu błędnego zwolnienie wybitne tętna.

W dyskusji przemawia kol. Węgrzynowski.

5) Kol. Hilarowicz przedstawia chorą z Kliniki chirurg. z ukończoną operacją wytwórczą nowego przełyku *(oesophagoplastica totalis antethoracalis)* u kobiety 35 letniej. Ze względu na to, iż wytworzenie przełyku z kiszki cienkiej sposobem Roux-Lexera nie udało się, wytworzono cały nowy przełyk z kanału skórnego; chora przeszła 13 zabiegów operacyjnych, obecnie plastykę można uważać za ukończoną poza włosowatą przetoczką na szyi, która nie sprawia chorej dolegliwości. Omówienie różnych metod plastyki przełyku, z których pierwotna plastyka skórna posiada duże zalety ze względu na swą prostotę i dobry wynik, jak w przedstawianym przypadku. Chora, która wskutek zupełnego zamknięcia przełyku objawiała najwyższego stopnia inanicję, obecnie odżywia się przez nowy przełyk prawidłowo i robi wrażenie osoby zupełnie zdrowej.

6) Kol. R. Leszczyński wygłasza wykład p. t. *„Teorja eczema wczoraj i dzisiaj"*. (Patrz P. G. L. Nr. 8. 1931).

W dyskusji Kol. Pisek z punktu widzenia lekarza internisty stara się nakreślić ścisły związek chorób skórnych z pewnemi chorobami wewnętrznemi.

Kol. Franke zapytuje o znaczenie uczulenia skóry w związku z konstytucją oraz układem wegetatywnym i o zachowanie się przemiany mineralnej w ustroju przy odczynach skórnych.

Kol. Mierzecki podkreśla sprawę schorzeń zawodowych w związku z wypryskiem.

Ponadto w dyskusji przemawiał Kol. T. Ostrowski

Kol. Leszczyński odpowiada:

Kol. Piskowi. Dziś każdy nowoczesny dermatolog musi być internistą. Dermatologja wyszła z interny i dziś nawiązuje zpowrotem ścisły kontakt. Skóra jest bardzo czułym testem i wcześnie wykazuje zaburzenia szczególnie humoralne ustroju. Patologja ogólna niejedną wiadomość zawdzięcza dermatologji.

Kol. Frankemu i Ostrowskiemu. Poglądy wyrażone przez kol. Frankego spotykamy u Rosta i Brocq'a. U niektórych ludzi śledzić można od dziecka do późnej starości następujące po sobie zjawiska bądź to na skórze, bądź też ustrojowe. Są to różne *„Status"* i *„Diathesis"*. Co do przemiany mineralnej w skórze istnieje sporo prac, jednak sprawa nie jest ostatecznie wyjaśnioną i nie można podać pewnych wytycznych. Rola jonów wapnia i potasu i ich wpływ na układ autonomiczny są ogólnie znane. Co do innych pierwiastków zwraca L. uwagę na prace z kliniki Nikolskiego w Rostowie, Urbacha (Wiedeń), Zaleskiego, dotyczące przemiany siarkowej.

Co do dalszego kierunku w dermatologji nie można nic stanowczego powiedzieć. Osobiście wydaje się mowcy, że tak jak nastąpił powrót do humoralizmu (okres obecnie przeżywany), tak samo powoli zbliżamy się zpowrotem do konstytucjonalizmu.

Sekretarz: *K. Budzanowski.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół Posiedzenia Naukowego wspólnego ze Związkiem Lekarzy Słowiańskich w Polsce z dn. 9 grudnia 1930 roku.

Obecnych członków Towarzystwa 45, wprowadzonych gości 17.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 25 listopada — przyjęto.

2. Kol. W. Łapiński (streszczenie własne), — w zastępstwie prof. Gluzińskiego — przedstawił krótki zarys historyczny rozwoju stosunków lekarskich wszechsłowiańskich, poczynając od Międzynarodowego Zjazdu w Paryżu w r. 1900, na którem obecni lekarze słowiańscy postanowili założyć Związek Lekarzy Słowian. Z kolei Ł. wspomniał o udziale lekarzy Słowian na zjazdach lekarskich w Pradze, w Krakowie, w Petersburgu i wreszcie w Sofji (1910), gdy statutowo został zorganizowany Komitet Lekarski Słowiański z siedzibą w Pradze, prezesem Komitetu był prof. B. Wicherkiewicz z Krakowa. W skład Komitetu wchodziły komitety narodowe w liczbie ośmiu.

Wielka wojna przerwała prace Komitetu i dopiero w r. 1925 z nową inicjatywą wystąpiło Towarzystwo Lekarskie Jugosłowiańskie z prezesem Dr. M. Ivković'em na czele, który zwrócił się do towarzystw lekarskich na ziemiach słowiańskich z zaproszeniem na Zjazd Lekarski do Dubrownika a jednym z głównych punktów porządku dziennego była sprawa założenia Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego.

Towarzystwa Lekarskie Warszawskie po otrzymaniu zaproszenia — działając w porozumieniu z czynnikami rządowemi (Min. Spr. Zagr., Min. Wyzn. Rel. i O. P. oraz Min. Spr. Wewn.) — postanowiło zorganizować wycieczkę lekarzy polskich do Jugosławji i podczas Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Warszawie (lipiec 1925) zwołało zebranie delegatów wydziałów lekarskich, na którem omówiono całą sprawę. Ostatecznie na Zjazd do Dubrownika we wrześniu 1925 r. udała się z Polski delegacja złożona z 6-ciu osób (A. Gluziński, B. Jakimiak, A. Jurasz, A. Karwowski, W. Łapiński i W. Szumlański).

Ł. omówił Zjazd w Dubrowniku i jego nastroje oraz uchwałę założenia Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego, dalej zdał sprawozdanie ze Zjazdu Towarzystwa Lek. Jugosłowiańskiego (wrzesień 1926 r.) i zebrania delegatów w Pradze (grudzień 1926 r.), na których postanowiono zwołać I-szy Wszechsłowiański Zjazd Lekarzy w Warszawie, wreszcie przypomniał prace przygotowawcze i I-szy Zjazd w Warszawie (maj 1927 r.); na tym zjeździe została ostatecznie ukończona organizacja Związku.

W dalszym ciągu swego referatu Ł. omówił II-gi Wszechsłowiański Zjazd w Pradze (maj 1928) i III-ci w Splicie w październiku 1930 r. oraz zdał sprawę z działalności dotychczasowej i zamierzeń Komitetu centralnego Związku na przyszłość, jakoto: przyjęcie do Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego, jako sekcji Wszechsłowiańskiej organizacji medyków, uchwała, aby już założone lub mogące powstać w przyszłości Wszechsłowiańskie T-wa Lekarskie specjalne (chirurgów, dermatologów, rentgenologów i t. p.) tworzyły specjalne sekcje naukowe zjazdów Wszechsłowiańskich, wreszcie Ł. dał szczegółowy zarys projektów wydawnictw wszechsłowiańskich lekarskich (Przegląd Bibljograficzny w języku francuskim, ew. *Acta medica slavica,* słowniki i t. p.), podkreślając związane z temi projektami trudności redakcyjne i wydawniczo-finansowe.

3. Kol. B. Sawicki zdaje sprawozdanie ze Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie oraz z wycieczki po Jugosławji, któralo wycieczka poprzedzała i kończyła Zjazd. Lekarze polscy i czescy zjechali się 2 października w Zagrzebiu, skąd koleją udali się do Susaku. Następnie popłynęli statkami do Splitu, zatrzymując się po drodze w Crikvenicy, Rabie i Sibeniku, gdzie byli witani owacyjnie przez publiczność i władze. Zjazd w Splicie trwał 4 dni i zgromadził około 170 czechów, około 300 polaków i około 200 jugosłowian. Zgłoszono 185 odczytów, które podzielono na 5 sekcyj. Poza tem wygłoszono 3 ogólne tematy: reumatyzm, klimatoterapja morza i położenie lekarza na ziemiach słowiańskich. Największe zainteresowanie wzbudziły odczyty o reumatyzmie i o bąblowcu. To ostatnie cierpienie jest bardzo rozpowszechnionem w Jugosławji. Uczestnicy Zjazdu w powrotnej drodze zwiedzili jeszcze Dubrownik, Kotar, Cetynję, Sarajewo i Białogród, wszędzie gościnnie i nader serdecznie podejmowani.

4. Kol. C. Wroczyński wygłosił odczyt p. t.: *„Organizacja służby zdrowia w Jugosławji"*.

Rozwój służby zdrowia w Jugosławji w ostatniem dziesięcioleciu jest najlepszym dowodem, jakie wyniki osiągnąć można drogą celowej i przemyślanej polityki sanitarnej. Najważniejszemi zagadnieniami służby zdrowia w Jugosławji jest malarja dziesiątkująca ludność Macedonji i pobrzeża Adrjatyku, ostre choroby zakaźne, bardzo niski poziom kultury ludności rolniczej z jego wszystkiemi konsekwencjami. Przed wojną aparat służby zdrowia prowadzony przez państwo składał się tylko z lekarzy powiatowych t. zn. sreskich (powiat srez) i województw t. zw. „żupańskich".

Rząd Jugosłowiański zaopatrzył się przedewszystkiem w wielkie zapasy materjałów sanitarnych, a więc baraków deckerowskich, urządzeń szpitalnych, urządzeń laboratoryjnych, bibljotek fachowych, samochodów sanitarnych i t. p. Materjały te uzyskano jako kwoty reperacyjne od Niemiec. Ministerstwo zdrowia publicznego oparło nową organizację służby zdrowia nie na lekarzach powiatowych i wojewódzkich, lecz stworzyło specjalny aparat wykonawczy. Na czele tego aparatu stanął dyrektor departamentu higjeny Dr. Andrija Stampar, który przedewszystkiem zdobył odpowiedni personel lekarski, odpowiednio wyszkolony, wysyłając po kilkudziesięciu lekarzy rocznie na specjalne studja zagranicę. Centralny zakład higjeny przez niego zorganizowany w Belgradzie stanowi naczelny organ kierowniczy. Na terenie Jugosławji stworzoo dziewięć zakładów higjeny okręgowych, t. j. żupańskich (wojewódzkich). Zakładom tym podlegają organizacje terytorjalne całej sieci ośrodków zdrowia, poradni przeciwmalarycznych i innych, domów zdrowia, wzorowych wiosek i t. d. W ten sposób powstał państwowy aparat służby zdrowia prowadzony przez lekarzy pełnopłatnych, nie zajmujących się praktyką prywatną, odpowiednio uposażonych. Wyniki pracy osiągnięto niezwykłe, szczególniej w dziedzinie malarji, gdyż w niektórych miejscowościach zmniejszono zapadalność i umieralność o 90%. Między innemi miałem możność stwierdzenia osobiście tych faktów na wyspie Krk, gdzie ludność kilkakrotnie w ciągu ostatniego stulecia wymierała na malarję i gdzie obecnie, dzięki technice sanitarnej, zniszczono lęgowiska widliszków. Lęgowiska te znajdowały się szczególniej w postaci t. zw. lochw t. j. zbiorników wody deszczowej, przeznaczonej do użytku domowego w miejscowościach górskich, gdzie brak jest wody gruntowej. Stosowano tam t. zw. perrolage, t. j. okresowe polewanie powierzchni wód olejami mineralnemi, posypywanie proszkiem arsenikalnym (*paris green)* oraz hodowle rybek meksykańskich, żywiących się larwami t. zw. *gambusia affinis* rodzaju *vivipara*, co było możliwe ze względów klimatycznych.

Podczas zjazdu w Splicie, z okazji wycieczek, mieliśmy możność zwiedzenia centralnego zakładu higjeny w Belgradzie, szkoły pielęgniarek w Belgradzie, zakładu higjeny w Zagrzebiu, szkoły higjeny w Zagrzebiu, zakładu w Splicie oraz poliklinik szkolnych w tych miejscowościach. Typowym zakładem rejonowym (żupańskim) jest zakład w Zagrzebiu, wybudowany według wszelkich nowoczesnych wymagań oraz posiadający działy: techniki sanitarnej, bakterjologji i epidemjologji, parazytologji, chemji farmaceutycznej i chemji produktów żywności, demografji

i pomiarów antropometrycznych, medycyny społecznej, propagandy higjeny, wyrobu surowic i szczepionek. Zakład ten kieruje całą organizacją służby zdrowia Chorwacji i Dalmacji. Dział techniki sanitarnej urządził już kilkanaście wzorowych wiosek, w których przy pomocy państwa, lecz kosztem miejscowej ludności w 80%, przeprowadzono zupełne uzdrowotnienie osiedli począwszy od uporządkowania ulic, osuszenia błot aż do radykalnej zmiany mieszkaniowej przez usunięcie inwentarza z domów, żyjącego wspólnie z ludźmi, racjonalne ujęcie zagród włościańskich, wybudowanie ustępów i studni. Cała ta akcja została entuzjastycznie przyjęta przez miejscową ludność, a przykład tych wzorowych osiedli działa zaraźliwie na okoliczne wioski. Prowadzona jest odpowiednia propaganda higjeny drogą pogadanek, odczytów i filmów wyprodukowanych przez zakład w Zagrzebiu. Istniejąca przy zakładzie szkoła higjeny kształci nietylko lekarzy, lecz posiada sześciomiesięczne kursy dla chłopców, na których wykładane są przedewszystkiem przedmioty dotyczące gospodarstwa wiejskiego. Pozatem zaś wszędzie, nawiązując do tematów praktycznych, wykazywane jest całe znaczenie zagadnień higjenicznych. Dr. Stampar uważa, że higjena nie jest abstrakcją lecz nauką kulturalnego życia, którego podstawą jest zdrowie. Nie będę poruszał szczegółów działalności innych działów zakładu w Zagrzebiu, gdyż są one zresztą zupełnie podobne do naszego Państwowego Zakładu Higjeny. Wspomnę tylko z całym naciskiem, że zakład kieruje całą pracą terenową i że podporządkowaną jest mu również szkoła pielęgniarstwa. Bardzo ciekawe organizacje stanowią polikliniki szkolne, będące ambulatorjami dla dzieci szkolnych, przeprowadzającemi szczegółowe badania i pomiary dzieci, jak również lecznictwo, usuwanie wad fizycznych i opiekę nad zdrowiem tych dzieci, które nie posiadają zapewnionej przez rodziców pomocy lekarskiej. Poliklinik takich istnieje już w Jugosławji kilkadziesiąt. Przy poliklinikach znajdują się kąpieliska dziecięce (natryski) oraz stacje dożywiania dzieci.

W ten sposób zorganizowane są w mniejszej skali i inne zakłady higjeny, jak w Niszu, w Skoplije i t. d. Naturalnie, że na znacznie mniejszą skalę niż instytut w Zagrzebiu, posiadający szkołę higjeny, szkołę pielęgniarstwa i dział wyrobu surowic i szczepionek, obsługujący całą Jugosławję.

Organizacja służby zdrowia w Jugosławji posiada więc oprócz zwykłego aparatu służby zdrowia, istniejącego przy władzach administracyjnych, wielki specjalny aparat wykonawczy, oparty na wspomnianych powyżej zakładach higjeny, rozporządzający wielkiemi środkami. Nadmienić należy że budżet państwowej służby zdrowia wynosi około 35.000.000 złp. przy 12,000.000 ludności, podczas gdy w Polsce przy 30.000.000 zaludnienia budżet Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, nie licząc kosztów leczenia pracowników państwowych, nie przekracza 10.000.000 zł.

5. Kol. B. Jakimiak przedstawił *„Ogólny pogląd na Zjazdy Lekarzy Słowiańskich i ich znaczenie"* (streszczenie własne).

Właściwy tytuł dzisiejszego mego sprawozdania miał być „Pogląd na działalność dotychczasową Związku Lekarzy Słowiańskich i projekty na przyszłość", ponieważ jednak główna czynność Związku Lekarzy Słowiańskich ograniczała się do Zjazdów lekarzy słowiańskich, stąd tytuł umieszczony w zawiadomieniach (ogólny pogląd na zjazdy i ich znaczenie). Działalność Związku Lek. Słow. i znaczenie zjazdów wynikają z zadań Związku, ujętych w statutach 1) ogólnego międzynarodowego, „Statutu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy" i 2) statutu krajowego „Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce". Cele Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy wypływają ze statutu, który jako cel Związku wymienia: a) zjednoczenie lekarzy wszystkich narodowości słowiańskich na polu ich naukowej, zawodowej i społecznej działalności.

b) Rozwijanie i popieranie wszelkiej inicjatywy zmierzającej do wytworzenia podstaw niezależności wszystkich narodów słowiańskich w dziedzinie kultury i oświaty.

c) Osiągnięcie ideału jedności słowiańskiej i wzajemnego porozumienia.

Cele te zaś osiąga się (§ 2) przez:

a) Urządzanie Wszechsłowiańskich Zjazdów Lekarskich, które będą się zajmowały zagadnieniami naukowemi, zawodowemi i zdrowotności publicznej, obchodzącemi cały wszechsłowiański stan lekarski.

b) Wzajemne odwiedzanie krajów słowiańskich przez poszczególne organizacje lekarskie.

c) Wydawanie organu prasowego W. Z. L. celem ogłaszania prac naukowych, referatów, rozpraw i t. d. lekarzy słowiańskich.

d) udział profesorów i lektorów — gości na słowiańskich wydziałach lekarskich.

e) Propagowanie prac lekarzy słowiańskich i ich zdobyczy wśród świata lekarskiego niesłowiańskiego.

f) Badanie i popieranie słowiańskich wód leczniczych i uzdrowisk.

g) Studja nad słowiańską terminologją lekarską z uwzględnieniem odnośnego materjału we wszystkich krajach słowiańskich.

h) Jednolite występowanie słowian w zasadniczych zewnętrznych sprawach na zjazdach międzynarodowych.

i) Współpraca i wytwarzanie łączności z wszechsłowiańskiemi organizacjami kulturalnemi, mającemi na celu zachowanie praw narodów słowiańskich i jednomyślność między słowianami.

Takie są zadania Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy nakreślone w statucie. Związki poszczególnych krajów według § 12 działają na podstawie własnych statutów. Związek Lekarzy Słowiańskich w Polsce działa na podstawie własnego statutu zatwierdzonego 11 marca 1927 r., zadania zaś jego są przewidziane w § 1, w którym obok celów wymienionych w statucie ogólnym Wszechsłowiańskiego Zw. Lek. w punkcie 6-tym ma zachęcać młodzież, aby udając się na studja zagranicę nie pomijała słowiańskich uniwersytetów i innych naukowo-lekarskich instytucyj.

Z zadań wymienionych w obu statutach Związek Lek. Słow. w Polsce mógł realizować tylko urządzanie zjazdów lekarzy słowiańskich, które przyczyniły się w znacznym stopniu do spełnienia innych zadań związku jak wzajemne odwiedzanie Krajów Słowiańskich, badanie wód leczniczych i uzdrowisk i jednolite występowanie Słowian w zasadniczych zewnętrznych sprawach na Zjazdach międzynarodowych.

Urządzanie zjazdów w rozmaitych Krajach Słowiańskich przyczynia się do zapoznawania się przez innych słowian z kulturą danego narodu słowiańskiego.

Pierwszy Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Warszawie w maju 1927 r., na którym był założony Wszechsłowiański Związek Lekarzy dał możność przeszło dwustu osobom inteligencji słowiańskiej, uczestników Zjazdu, poznać nietylko naszą stolicę i inne miasta polskie lecz nasze muzea, teatr i wiele rzeczy z tych, które świadczą o kulturze narodu. Należy wyraźnie stwierdzić, że przed naszemi Zjazdami nie znano nas w Słowiańszczyźnie, a specjalnie w Słowiańszczyźnie południowej. Synowie tych narodów kształcili się na uniwersytetach austrjackich, czeskich i rosyjskich, a bardzo niewielu w polskich uniwersytetach w byłej Galicji. Tę nieznajomość nas i niedocenianie naszej wagi w słowiańszczyźnie stwierdziliśmy przy pierwszem naszem zetknięciu się w roku 1925 kiedy jako delegaci Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i innych Towarzystw i uniwersytetów udaliśmy się na zaproszenie Prezesa Związku Lekarzy Słowiańskich Dra Ivkovića do Dubrownika na Zjazd lekarzy jugosłowiańskich. Pod koniec jednak naszego pobytu w Dubrowniku 1925 r. i po kilku konferencjach zaczęliśmy odegrywać rolę należną nam w Słowiańszczyźnie, jako jednemu z największych narodów słowiańskich z bogatą przeszłością historyczną i kulturalną. Po następnej naszej bytności w Belgradzie znaczenie nasze jeszcze wzrosło. Zjazd zaś w Warszawie w 1927 r. dał nam pełny wyraz tego uznania i podziwu dla naszej kultury i przeszłości o której większość uczestników niewiele wiedziała jak i my niewiele wiedzieliśmy o nich. Przy odjeździe i pożegnaniu wielu z tych którzy nas najmniej znali i najkrytyczniej byli usposobieni względem polaków, płakali ze wzruszenia rzewnemi łzami. Inni wyrażali dumę, że należą do takiej rasy (słowiańskiej), której członkiem jest naród o tak wysokiej pod każdym względem kulturze jak naród polski.

Podobne rezultaty dały następne zjazdy w Pradze Czeskiej i tegoroczny Zjazd w Splicie połączony ze zwiedzeniem całego szeregu miejscowości Jugosławji. To zwiedzanie było pochodem triumfalnym, który zgotowało społeczeństwo jugosłowiańskie swoim gościom słowiańskim z Czechosłowacji i Polski. Zwiedzając rozmaite miejscowości tego pięknego i nadzwyczaj ciekawego kraju, stykając się z pięknym, dorodnym, uprzejmym, grzecznym i inteligentnym ludem czy to Chorwacji czy Dalmacji, Słowenji, Czarnogórza, Hercegowiny, Bośni czy Serbji wielu z uczestników naszych z zachwytem podziwiało zabytki różnorodnej lecz starej kultury. A pod wpływem tego co widzieli, zapewne sprostowali niejedno błędne a może często i krzywdzące pojęcie o kraju i jego mieszkańcach. Możemy z całą pewnością stwierdzić, że to zadanie Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy Związek spełnia należycie. Zostało też spełnione inne zadanie Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy to jest jednolite występowanie Słowian w zasadniczych zewnętrznych sprawach na zjazdach międzynarodowych. Takiemu właśnie wystąpieniu na międzynarodowym zjeździe chirurgów w Warszawie odbytym 1929 r. należy zawdzięczać, że język słowiański został zaliczony do języków międzynarodowych w Międzynarodowem Towarzystwie Chirurgów, a na najbliższym zjeździe w Madrycie tym języ-

kiem słowiańskim będzie język polski. Wszystkie więc prace słowiańskie zgłoszone na ten Zjazd powinny być po polsku drukowane a streszczenia wszystkich prac muszą być obok angielskiego, francuskiego, hiszpańskiego, niemieckiego i włoskiego drukowane również w języku polskim. Jest to duże zwycięstwo moralne.

Gorzej jest ze spełnieniem innych zadań a przedewszystkiem jednym z najważniejszych, to propagowanie prac lekarzy słowiańskich i ich zdobyczy wśród świata lekarskiego niesłowiańskiego. Komitet Centralny poświęcił dużo czasu tej sprawie i zdecydował wydawać w języku francuskim streszczenia wszystkich prac lekarzy słowiańskich na wzór przeglądu piśmiennictwa lek. polskiego wydawanego przez Towarzystwo Lekarskie. Każdy kraj miał ponosić wydatki za swój dział a wszystko ma stanowić jedno wydawnictwo Acta Slavica czy Revue Slave. Wydawnictwo takie jest kosztowne (przeszło 27.000 złotych dział polski), a Związek bez subsydjów z sum propagandowych wydatku tego nie jest w stanie pokryć. Mieliśmy na naradzie międzyministerjalnej pieniądze obiecane, obietnica została parokrotnie powtarzana i tylko jedno Ministerstwo Wyznań Rel. i Ośw. Publ. przyznało i dało zasiłek (w sumie przeszło 9.000 zł.) inne obecne na naradzie Ministerstwa, z braku funduszów nic nie dały. To więc bardzo ważne zadanie spełnione dotychczas nie jest. Inne zadania są łatwiejsze do spełnienia. Do takich należy udział profesorów i lektorów-gości na słowiańskich wydziałach lekarskich i zachęcanie młodzieży aby, udając się na studja zagraniczne, nie pomijała słowiańskich uniwersytetów. Co do pierwszego zadania, to wydziały lekarskie, są powołane do tego, żeby profesorowie nawzajem odwiedzali kraje słowiańskie i tam mieli wykłady.

Co do studjowania przez młodzież słowiańską na obcych uniwersytetach słowiańskich to jest to bardzo ważna sprawa dla propagandy i wzajemnego poznawania się. Wszędzie są wybitne siły profesorskie, których wykłady mogą być z pożytkiem słuchane przez młodzież pobratymczą. Należałoby tylko dążyć do wzajemności uniwersyteckiej t. j. że semestr czy rok studjów na jednym z uniwersytetów słowiańskich obcych byłby zaliczany do studjów tak, jak gdyby był słuchany w kraju. Toby dało możność młodzieży słowiańskiej studjować na uniwersytetach słowiańskich obcych.

Dla zbliżenia młodzieży słowiańskiej i zastąpienia nas starszych został założony związek medyków słowiańskich, który odbywa swoje zjazdy w rozmaitych krajach słowiańskich.

Byłoby też ważnem wprowadzenie nauki języków słowiańskich w naszych szkołach średnich. Dr. Ivković komunikował mi, że w Jugosławji tę myśl przeprowadzają i w ten sposób przygotowują zastęp inteligencji, która umiałaby obce języki słowiańskie co może tylko sprzyjać poznaniu się i coraz większemu zbliżeniu i wzajemnej obronie przeciwko wrogom słowiańszczyzny.

Należy jeszcze zaznaczyć, że tegoroczny Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Jugosławji wywołał bardzo żywy odgłos w prasie jugosłowiańskiej, która umieszczała bardzo obszerne sprawozdania i artykuły o Polsce.

6. Kol. Prezes odczytał list Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci zmarłych członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę zaznajamiający z postępem prac nad budową pomnika.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16 grudnia 1930 roku.

Obecnych członków Towarzystwa 24, wprowadzonych gości 24.

1. Protokół z dnia 9. grudnia 1930 r. — przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa.

3. Kol. M. Goldbaum wygłosił odczyt p. t.: *„Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnemi kutiwakcyny Paula"* (z pokazem chorych). Streszczenie własne).

Prelegent zaczął swój wykład od przedstawienia 4-ch chorych, leczonych z zupełnem powodzeniem szczepionką Paul'a w Warszawskiej Kasie Chorych. Pominąwszy dla braku czasu całą teorję gośćca i dny, coraz lepiej znane, poruszył prelegent tylko pokrótce sprawę klasyfikacji gośćca, jako sprawy niezmiernie doniosłej w nauce, gdyż wszelka klasyfikacja chorób, pozostając w ścisłym związku z ich patogenezą, posiada wielką doniosłość pod względem rokowania i leczenia.

Prelegent przeciwstawia się wszelkim próbom utworzenia klasyfikacji nowej, bardziej złożonej, niż dotychczas przyjęta — acz niezupełnie zadawalająca — ponieważ dotąd nic pewnego o istocie gośćca nie wiemy. Dopiero przyszłe badania, oparte na systematycznej zbiorowej pracy wszystkich krajów, mogą rzucić jasne światło na tę sprawę.

Materjał omówiony przez prelegenta, składał się z *polyarthritis rheumatica chronica, arthritis urica, arthritis deformans, myalgia, ischias, omarthritis, polyneuritis postdiphtherica, neuritis n. ulnaris postanginosa, neuralgia n. trigemini, neur. intercostalis* i *tabes dorsalis*.

Ogółem autor osiągnął na 309 przypadków — 15% wyleczeń, 77% znacznych popraw i 8% pozostało bez poprawy. Przypadków z przedwcześnie przerwanem leczeniem (52 przyp.), prelegent nie wziął wcale pod uwagę.

Wyliczywszy główne prace z piśmiennictwa obcego i wszystkie, jakie ukazały się w języku polskim (wszystkie w Warszawie), prelegent podniósł wielką skuteczność i zarazem zupełną nieszkodliwość szczepionki Paul'a, której regeneracyjne działanie rozciąga się i na zwierzęta. Kilka poważnych prac lekarzy weterynaryjnych z Wiednia ukazało się ostatnio w druku.

4. Kol. Filiński. W związku z odczytem wspomina okres z przed laty dziesięciu, w którym szeroko stosowano leczenie bodźcowe przy bardzo licznych cierpieniach. Leczenie kutiwakcyną należy rozpatrywać, jako odmianę leczenia bodźcowego. Mówca wspomina o badaniach własnych, tyczących zachowania się morfologicznego obrazu krwi w związku z leczeniem bodźcowem. Zgodnie z mechanizmem działania środków bodźcowych, po pierwszym zastosowaniu powinno wystąpić pogorszenie sprawy miejscowej; prelegent zaś w swoich przypadkach objawu tego wielokrotnie nie spostrzegał.

Kol. Chmielewski uważa, iż Prelegent zapatruje się na działanie kutiwakcyny zbyt optymistycznie. Istnieje znaczna liczba przypadków, które tego rodzaju leczeniu się nie poddają. Przypadki takie są opisane w literaturze obcej: Mówca również ma w swej obserwacji dość liczne niepowodzenia. Bardzo często poprawa u chorych występuje w związku z porą roku. Mówca uważa, iż jedynym składnikiem działającym kutiwakcyny jest tuberkulomucyna. Obecnie należy już nie wysuwać na pierwszy plan przypadków uwieńczonych powodzeniem; należy raczej zwrócić uwagę na przypadki oporne na lecznicze działanie szczepionki i przyczynę tej oporności poddać zbadaniu. Ważną jest opinja klinik; jeden przypadek klinicznie opracowany wart jest więcej, niż znaczna liczba ambulatoryjnych.

Kol. Orłowski W. Słusznie kol. Filiński stwierdza związek z leczeniem bodźcowem. Mówca zaś, słuchając wywodów Prelegenta, nie może się oprzeć narzucającej się analogji z wynikami leczenia, podawanemi przez znachorów. Ambulatorjum bowiem, gdzie odgrywa rolę wzajemna sugestja chorych oraz ze strony lekarza, nie nadaje się do przeprowadzania tego rodzaju badań. Poza tem, chorzy, jak to widać z historyi chorób, otrzymywali leczenie pomocnicze w postaci atofanu, diuretyny, diplosalu, weramonu i innych. Istnieje dość często rozbieżność pomiędzy danemi przytoczonemi przez Prelegenta a zawartemi w historjach chorób oraz podawanemi przez samych chorych. Na jakich danych prelegent opiera rozpoznanie swoich 27 przypadków „czystej skazy moczanowej"? W warunkach pracy prelegenta stawianie ścisłych rozpoznań jest niemożliwe. Co się tyczy opinji klinik, to w obecnym czasie, przy zbyt małej ilości łóżek, jaką posiadają kliniki, jest niepodobieństwem przeprowadzanie badań chorych z przewlekłemi cierpieniami stawowemi. Stanie się to możliwe dopiero po uruchomieniu specjalnych oddziałów dla tego rodzaju chorych, które będą podporządkowane klinikom wewnętrznym uniwersytetów.

Kol. Goldbaum. To, że kutiwakcyna oparta jest na leczeniu bodźcowem, schodzącem obecnie z widowni, nie może tego leczenia dyskwalifikować. Najbardziej miarodajną jest wymowa faktów, które są oczywiste. Środki kojące ból prelegent podawał tylko łącznie z pierwszem szczepieniem, później zaś tylko wtedy, gdy obawiał się obostrzeń. Jeżeli prelegent leczył osobnika kiłowego kutiwakcyną to czynił to wtedy, gdy był przekonany, że pacjent cierpi jednocześnie na gościec. Równocześnie osobnik taki przechodził leczenie przeciwkiłowe.

5. Po dwuminutowej przerwie i opuszczeniu zebrania przez gości, kol. Prezes przedstawił wniosek Zarządu o organizacji wyborów Władz Towarzystwa na rok 1931 (Uchwała Zarządu z dnia 9 grudnia 1930 roku): Sprawa organizacji wyborów Władz Towarzystwa.

Na wniosek kol. Prezesa uchwalono:

W celu ułożenia listy kandydatów Władz Towarzystwa powołuje się w grudniu każdego roku Komitet, składający się z tych członków Towarzystwa, którzy są kierownikami oddziałów szpitalnych, klinik i wogóle zakładów naukowych. Z członków Zarządu Towarzystwa mogą brać udział w Komitecie tylko dożywotni. Te instytucje, na których czele stoją członkowie Zarządu, mogą być reprezentowane przez innych członków Towarzystwa, pracujących w odpowiednim zakładzie. Powyższy Komitet ma prawo kooptowania innych członków Towarzystwa.

Ustalona przez Komitet lista kandydatów do Władz Towarzystwa zostaje przedstawiona na posiedzeniu Wyborczem Towarzystwa.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Kryński i Grzankowski podkreślając słuszność i celowość wniosku. Zebranie Komitetu Wyborczego naznaczono na dzień 22 grudnia 1930 r.

Posiedzenie zakończono o godzinie 10 min. 20.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.*

Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska) i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenie dnia 21 listopada 1930 r.
Przewodniczący: Prof. S. Borowiecki.
Obecnych 53.

W tajnem głosowaniu zostają przyjęci jednogłośnie na członków Wydz. Lek. T. P. N. koledzy Stanisław Hryniewiecki i Aleksander Schreiber, obaj z Poznania.

Poza tem sekretarz Wydz. Lek. T. P. N. odczytuje nazwiska 13 kolegów, którzy zgłosili się na członków Wydz. Lek. T. P. N.

1) Dr. Bochyński przedstawia chora, która od dłuższego czasu cierpi na dermatitis (obu rąk, przedramion, szyi i twarzy) z obrzękami. Chora nie reaguje na żadne leczenie. Obserwacja prowadzi powoli do wykrycia przyczyny. Jest nią japońska prymula *(primula obconica).*

Dyskusja: Prof. Karwowski przypomina badania Br. Blocha nad działaniem wyciągu „primuliny" i podkreśla fakt ważny dla ustalenia przyczyny tych schorzeń skóry, mianowicie, że występuje ono tylko w mieszkaniu a goi się po opuszczeniu miejsca zamieszkania.

Dr. Zeyland przypomina przypadek podobnego schorzenia przedstawiony na posiedzeniu z dnia 8. XI. 1929 r., gdzie czynnikiem alergizującym było pierze

2) Dr. Zeyland przedstawia preparat anatomiczny, preparaty mikroskopowe, rentgenogram i mikrofotogramy przypadku *gruźliczego zapalenia obocznego w płucu,* dotyczący dziecka 4-miesięcznego, zmarłego z powodu gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. Sekcja wykonana 9 godzin po śmierci wykazała gruźliczy zespół pierwotny lewostronny i w związku z nim zapalenie oboczne, obejmujące płat dolny i część dolną górnego płata, ponadto lekkie rozsianie (gruzełki prosówkowe wątroby i śledziony oraz zapalenie gruźlicze opon u podstawy mózgu). Prątki Kocha stwierdza się tylko w ognisku pierwotnem. Zmiany mikroskopowe w miejscu owego zapalenia obocznego cechują: wysięk limfocytowo-granulocytowy w pęcherzykach płucnych, przyczem oskrzela są przeważnie wolne, silne przekrwienie, dochodzące miejscami do nadziania pęcherzyków krwinkami czerwonemi i do krwotoków w tkance śródmiąższowej, oraz zgrubienie tkanki łącznej międzyzrazikowej i nacieczenie jej limfocytami.

Dyskusja: Prof. Skubiszewski podkreśla rzadkość badań anatomicznych podobnych przypadków; rozważa, czy jest to proces zapalny swoisty czy też wynik działania produktów przemiany materji i zaznacza, że chodzi tutaj o zmiany w pęcherzykach płucnych i w tkance śródmiąższowej.

3) Dr. Zeyland omawia *wyniki badań doświadczalnych nad szczepionką przeciwgruźliczą A—O, dokonanych na świnkach morskich.* A—O „swoisty środek ochronny i leczniczy przeciw gruźlicy", jak głosi reklama autorów, spowodował dzięki tej właśnie reklamie pewne zainteresowanie w polskich kołach lekarskich, gdzie pojawiły się głosy o niedocenianiu tego środka. Są one przyczyną, dla której referent przedstawia wyniki swoich badań, przeprowadzonych z E. Piasecką-Zeylandową w 1929 r.

Po streszczeniu poglądów autorów: Arima, Aoyama i Ohnawa (którzy nie podają techniki otrzymywania szczepionki!) oraz nielicznych badań kontrolnych innych autorów, ref. stwierdza że:

1) bezpośrednie badanie szczepionki wykazało po długiem szukaniu obecność nielicznych prątków i ziarenek niekwasooporynych;

2) posiewy na pożywkach z jaj zarówno zwykłej zawartości ampułek jak i odwirowanego preparatu (osad niewidoczny!) dały wynik ujemny;

3) zastrzyki preparatu (dawki 0,2 cm^3, 0,4 cm^3 i przeważnie 1,0 cm^3) A—O nr. 1, 2 i 3 nie wywołały u świnek morskich żadnych zmian gruźliczych. Jedna ze świnek padła wskutek szybko postępującego wyniszczenia, które rozpoczęło się 5 tygodnia po zastrzyku dootrzewnowym 1 cm^3. A—O nr. 3, jedna świnka padła na zapalenie płuc, 8 świnek zostało zabitych w okresie od kilkunastu dni do pół roku. Tylko w 1 przypadku stwierdzono po zastrzyku do opłucnej zrosty opłucnej bez cech swoistych.

Autorowie zapewniają, że ich preparat A—O zawiera „prątki z utajoną zdolnością rozmnażania" („fortpflanzungslatende Bazillen" sic!). Własne badania referenta wykazują, że A—O zawiera nieżywe prątki i ziarenka niekwasooporne w minimalnej ilości. (Streszczenie własne).

4) Dr. Konkolewski przedstawia *przypadek guza serowatego w sercu.* Przypadek dotyczy 77-letniej kobiety zmarłej po amputacji prawej nogi z objawami daleko posuniętej miażdżycy, będącej przyczyną zgorzeli nogi oraz wytworzenia się zakrzepu w obrębie prawej tętnicy udowej. — Sekcja wykazuje po otwarciu lewego serca na granicy komory oraz przedsionka wzdłuż przyczepu zastawki dwudzielnej w jej części tylnej poduszkowatą wyniosłość zwężającą wyraźnie otwór przedsionkowo-komorowy. Cięcie przeprowadzone poprzez poduszkowate zgrubienie wykazuje w miejscu, które odpowiada okolicy pierścienia włóknistego, ostro odgraniczony guz, składający się z jednolitych, kruchych mas szaro-białawych. Ognisko to na rozkroju jest krągłe, wielkości orzecha laskowego, odgraniczone od otoczenia cienką torebką, która od wewnątrz zlewa się z wsierdziem. Mimo starannego poszukiwania nie można było w samych płucach znaleźć żadnych ognisk gruźliczych, bądź czynnych bądź wyleczonych. Gruczoły chłonne wnęki płuc są powiększone i częściowo zwapniałe. Ze strony opłucnej widoczne zrosty oraz zgrubienia w postaci drobnych, płaskich ognisk, twardych jak kość, rozrzuconych po obu stronach przeważnie nad górnemi płatami. W obrazie mikroskopowym składa się guz mięśnia sercowego głównie z mas bezpostaciowych nasiąkniętych solami wapnia; otoczony jest torebką składającą się ze zbitych włóknistych pasm tkanki łącznej wśród której widać rzadkie nacieki limfocytów. Gruczoł chłonny wnęki wykazuje zupełne przeobrażenie łącznotkankowe z dużemi zmianami szklistemi i z odkładaniem się soli wapnia oraz wytworzenie się ogniska kostnego. Barwiąc według Ziehl-Neelsena ani w gruczole ani w sercu nie można wykazać prątków gruźliczych. Jakichkolwiek zmian kiłowych nie stwierdzono nigdzie. (Streszczenie własne, dokładny opis ukaże się w druku).

Dyskusja: Prof. L. Skubiszewski: Przypadek guza serowatego serca należy do rzadkich zmian, jakkolwiek gruźlica na stole sekcyjnym jest zjawiskiem codziennem. Maresch w swojej pracy w 1920 r. podaje, że Stephani za przeciąg 93 lat zebrał 36 przypadków guzów serowatych serca. Sam Maresch podaje, iż na 16000 sekcji, które wykonał, guz serowaty serca spotkał 2 razy. Z zestawień Huebschmanna wynika, że w piśmiennictwie jest ogłoszone około 80 przypadków.

Doc. Łabendziński. Wyjątkowe okoliczności sprawiły, że nawet anatomiczne rozpoznanie opisanego guza nie było łatwe. Klinicznie guza tego na mocy podanych objawów nie można było rozpoznać. Ostner opisuje przypadek rozpoznania przez Neussera *in vivo* tuberkulomatu prawego serca.

5) Dr. Barlik przedstawia przypadek *proctitis luetica* dotyczący kobiety lat 39. Podczas sekcji stwierdzono: Odbytnica aż do początku esicy przedstawia grubą rurę, o zwężonem świetle, której grubość ścian wynosi 1—2 cm. Błona śluzowa pokryta jest ubytkami o grubych twardych brzegach, sięgającemi swoim dnem aż do mięśniówki. Ubytki te łączą się między sobą, zostawiając kępki błony śluzowej obrzękłej i wystającej w postaci grubych i niekształtnych wałów. Na przekrojach przez ścianę odbytnicy widać rysunek szklisty, pasmowaty oraz guzki szare, ograniczone, dosyć spoiste. Całe jelito grube powyżej odbytnicy mniej więcej aż do jelita ślepego było kilkakrotnie rozszerzone i posiadało grube ściany, przyczem w zgięciu esicy można było zauważyć trzy ubytki w błonie śluzowej, o brzegach wałowatych, grubych o dnie błyszczącem, słoninowatem. Poza tem odbytnica jest w zrostach łącznotkankowych z narządami małej miednicy. Mikroskopowo chodzi o swoiste, kilakowe rozlane zapalenie całej ściany odbytnicy, przyczem największe zmiany wykazuje błona podśluzowa. Klinicznie przypadek ten rozpoznany był na podstawie badania rektoskopowego jako *carcinoma recti* (?). Wszystkie odczyny serologiczne w kierunku kiły wypadły ujemnie. Referent różniczkując ten przypadek, dochodzi do wniosku, że chodzi o kilakowate zapalenie odbytnicy, odrzuca tem samem sprawę nowotworową, przyczynę mechaniczną *(ulcus clysmaticum)* oraz rzeżączkę (Streszczenie własne).

Dyskusja: Prof. L. Skubiszewski podaje, iż przypadek owrzodzeń kiłowych i daleko posuniętego zwężenia odbytnicy przedstawił na Posiedzeniu Klinicznem w Szpitalu Dzieciątka Jezus 23 stycznia 1922 r. W przypadku tym doszło w następstwie do *megacolon.* Jelito grube zajmowało cały kubeł masy kałowej.

Prof. Karwowski: Klinicznie nieraz niemożliwe jest rozpoznanie różniczkowe między kiłą a rakiem odbytu, gdyż takie kilaki wskutek twardego nacieku tkanki łącznej oraz zgrubienia błony śluzowej stwarzają stwardnienia rury odbytowej ze zwężeniem, a rektoskopowo widzi się owrzodzenia. Nie należy kierować się w wątpliwych przypadkach ujemnym wynikiem odczynów serologicznych, które w późnej kile często zawodzą, lecz starą metodą

spróbować leczenia swoistego, które w takich przypadkach może spowodować wyleczenie.

Doc. Łabendziński podaje kilka szczegółów z przebiegu choroby opisanego przypadku.

6) Dr. Barlik przedstawia *przypadek gruczolako-raka gruczołu krokowego* z przerzutami do główki kości ramieniowej lewej, do obu obojczyków i do mostka u mężczyzny lat 72. Zmiany histologiczne w główce kości ramieniowej: 1) Martwica beleczek kostnych leżących w gęstych masach komórek nowotworowych, kostnienie przez apozycję na martwakach z wytworzeniem dużych ognisk kostnych, u których prześledzić można czasowe odkładanie kostniny oraz czasowe kostnienie. 2) Zwłóknienie szpiku kostnego z następowem kostnieniem typu łącznotkankowego. Jest to zatem t. zw. *Carcinosis osteoplastica*, gdzie według Achansena dochodzi do „przebudowy kości" t. zn. że na miejsce dawnych beleczek kostnych zostaje postawiona tkanka kostna nowa o bezładnej strukturze. Przyczyny tego należy szukać w samych komórkach nowotworowych i w ich wpływie chemicznym i niszczącym. (Streszczenie własne).

7) Dr. S. Winter. *Dwa przypadki oblaków okolicy przyusznicy i jamy Highmore'a, (przyczynek do nauki o oblakach).*

Oblaki (cylindromata), nowotwory gruczołów ślinowych oraz innych części twarzy wykazują tak pod względem klinicznym jak i mikroskopowym naogół cechy dobrotliwe, podobnie jak nowotwory mieszane gruczołów ślinowych. Jednak większość przypadków oblaków ogłoszonych w piśmiennictwie dawała w krótkim czasie po doszczętnym zabiegu operacyjnym liczne nawroty, przerzuty, zejście śmiertelne, w innych znów zbyt krótka obserwacja kliniczna operowanych przypadków nie pozwalała na wysnuwanie wniosków co do charakteru nowotworowego oblaków. Autor podaje dwa przypadki oblaków: okolicy przyusznicy i jamy Highmora, spostrzeganych w Klinice Chirurgicznej U. P. i obserwowanych przez dłuższy czas po wykonanym zabiegu operacyjnym (przypadek oblaka okolicy przyusznicy na krótko przed ogłoszeniem powyższych wyników 3 i ½ lat po zabiegu, przypadek oblaka Highmore'a 4 i ¼ roku), które w swem przebiegu klinicznym wykazały cechy nowotworów dobrotliwych. Patogeneza oblaków nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona, jednak na podstawie budowy mikroskopowej tych guzów można przyjąć z dużem prawdopodobieństwem pochodzenie ich z odszczepionych zawiązków komórkowych gruczołów śluzowo-ślinowych. (Streszczenie własne, referat ukaże się w Polskim Przeglądzie Chirurg.).

Dyskusja: Prof. L. Skubiszewski podkreśla trudności rozpoznawcze dla badania mikroskopowego.

8) Prof. L. Skubiszewski. *O zmianach makroskopowych endo- peri- et myocarditidis rheumaticae.* David Pitcarn poraz pierwszy użył miana „reumatyzm serca" i jednocześnie wypowiedział myśl, że wady sercowe powstają od jednej i tej samej przyczyny. Itard w 1824 wskazał na umiejscowienie zmian reumatycznych w mięśniu sercowym, do tego czasu bowiem sądzono, iż reumatyzm wywołuje zmiany w osierdziu i we wsierdziu. Celem wyświetlenia roli reumatyzmu w chorobach serca opierałem się głównie na tych wskazówkach, które mogłem zebrać z historji chorób lub niekiedy nawet bezpośrednich wywiadów rodziny zmarłych i badań sekcyjnych, które przesunęły się przez moje ręce od roku 1920 aż do obecnej chwili. Z tego materjału okazało się iż 36,5% wszystkich schorzeń serca przypada na zmiany gośćcowe, w 8% etjologja nie jest wyjaśniona, 55,7% przypada na najróżnorodniejsze przyczyny. Jeżeli chodzi teraz o zmiany zastawkowe, to odsetek znacznie wzrasta, mianowicie dosięga 65%. Dla rozwoju wady sercowej bardzo względne posiada znaczenie *endocarditis verrucosa*. Proces reumatyczny przedewszystkiem powoduje zmiany w samej substancji zastawek, a nie na powierzchni. To samo dotyczy nitek ścięgnistych. Zwłóknienie ostateczne zastawek w jednych przypadkach delikatne, subtelne, w innych znowu grube, czyniąc zastawki skórzaste w niepowikłanych przypadkach pozwoliło już gołem okiem określić zmiany te jako gośćcowe pod względem etjologji. Przypuszczenia te potwierdzone były badaniami mikroskopowemi, które obok wysięku, ognisk martwiczych, rozpulchnienia zastawek wykazały obecność guzków Aschoffa. Obecność zgrubień skórzastych, wymaszczających cały lewy przedsionek, zgrubienie ogniskowe, niby plamy mleczne, na wsierdziu lewej komory (głównie zaatakowana jest tylna i boczna ściana lewej komory), oraz guzeczki podprosówkowej wielkości dopełniają całokształtu zmian, które razem zebrane mogą posłużyć za podstawę do rozpoznania *endocarditis rheumatica*. Tutaj jednocześnie wywody zostały poparte licznemi preparatami makroskopowemi, w których guzki podwsierdziowe były widoczne gołem okiem, a w jednym przypadku guzek dosięgał wielkości małego ziarnka grochu polnego. Jeżeli chodzi o mięsień sercowy, to w nim na rozkroju spotyka się drobne podprosówkowe guzki, barwy szarej. Guzki reumatyczne pozwalają na rozpoznanie *myocarditis rheumatica*. Guzki te ostatecznie ulegają zwłóknieniu. Tutaj też wywody były poparte preparatami makroskopowemi.

Delikatne zrosty pomiędzy osierdziem i nasierdziem, ograniczone lub rozlane, gdy one dotyczą osobników młodych, można połączyć z przebytym reumatyzmem. Badanie mikroskopowe w tej grupie zmian mają znaczenie decydujące. Wywody prelegenta były jednocześnie poparte wystawionemi preparatami mikroskopowemi. (Streszczenie własne).

(—) *F. Łabendziński*. Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.
(—) *J. Zeyland*. Sekretarz T. Pat. P. (Sekcja Poznańska).

Częstochowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie w dniu 17 maja 1930 r.
Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

I. Kol. St. Kon przestrzega przed przepisywaniem w opłatkach Magn. ust. + Natr. bicarbonicum i pokazuje kilkadziesiąt złogów szarych, płaskich, okrągłych, wielkości 2-groszówki, które przez czas dłuższy wydzielała chora na kamicę żółciową, biorąc leki powyższe w opłatkach. Chora sądzi, że są to kamienie żółciowe, analiza chemiczna wykazuje natomiast Magn. ust. + Natr. bicarbonicum.

II. Kol. A. Gurewicz z Warszawy wygłosił odczyt: „*O nowej metodzie rentgenograficznego przedstawienia nerek i pyelografji drogą śródżylną*". (patrz streszczenie odczytu w Lw. Tow. Lek. z 3. X. 1930. P. G. Lek. Nr. 5. 1931).

Odczyt swój kol. Gurewicz uzupełnił pokazem na ekranie szeregu bardzo pouczających zdjęć rentgenologicznych w rozmaitych schorzeniach nerek i dróg moczowych, demonstrując w niektórych przypadkach równolegle zdjęcia po pyelografji dożylnej i po pyelografji wstępującej.

W dyskusji: kol. Rożkowski, dziękując prelegentowi za bardzo ciekawy odczyt i zdjęcia, podkreśla olbrzymi postęp, jaki dała pyelografja dożylna w porównaniu z pyelografją wstępującą.

Kol. Epstein zwraca uwagę, że ostatnio hiszpan Don Santos uzyskał jeszcze bardziej wyraźne zdjęcia, wprowadzając płyn kontrastowy bezpośrednio do tętnicy brzusznej (nieco powyżej odgałęzienia tętnic nerkowych).

Kol. Bram, uważając pyelografję dożylną za wielkie dobrodziejstwo dla chorych wobec jej bezbolesności, sądzi, że należy dążyć do uzyskania dobrego środka kontrastowego wprowadzanego *per os*, jak to już mamy, naprzykład, w tetra-jodzie przy cholecystografji. Wyrazistość zdjęć w znacznej mierze zależy od techniki (znaczenie blendy Akerlunda).

Kol. Raciborski stwierdza, że w hydro i pyonefrozach, przy drożności moczowodów, lepsze wyniki daje pyelografja wstępująca.

Prelegent kol. Gurewicz odpowiada, że pyelografja idzie tą samą drogą, co i cholecystografja i dąży również do uzyskania środka kontrastowego, wprowadzanego *per os*. Obecnie obie pyelografje wzajemnie się uzupełniają. Pyelografja dożylna jest jednak niezbędną przy niedrożności moczowodów i ma te zalety, że przy minimalnej toksyczności uroselektanu i braku przykrych objawów ubocznych jest metodą bezbolesną. Na 600 opisanych dotychczas zabiegów był tylko wypadek śmierci u 10-letniej dziewczynki, chorej na marskość nerek. Ostrożność zaleca się przy schorzeniach wątroby, narzadów krażenia i chorobie Basedowa.

III. Kol. Wasilewski wygłosił odczyt: „*O zapaleniu płuc odoskrzelowem u dzieci*".

Po omówieniu etjologji, anatomji patologicznej, objawów, oraz rozpoznania różniczkowego zapalenia płuc odoskrzelowego u dzieci, prelegent podkreślił, jako charakterystyczną cechę, rozpoczynającego się zapal. płuc odoskrzelowego u dzieci wybitną niewspółmierność pomiędzy ciężkim stanem ogólnym, a nieraz prawie zupełnym brakiem objawów fizykalnych ze strony płuc.

Omawiając metody leczenia, prelegent zaznacza bardzo dodatni wpływ na przebieg choroby zabiegów hydropatycznych w postaci ciepłych kąpieli z oblewaniem wodą chłodniejszą, przy jednoczesnem podawaniu środków wykrztuśnych i nasercowych. Jako środek wzmacniający działalność serca prelegent poleca szczególniej zastrzykiwania dożylne lub domięśniowe rozczynów cukru gronowego.

W dyskusji. Kol. Koniecpolski wypowiada pewne wątpliwości co do działania nasercowego kamfory; zwraca też uwagę, że prelegent nie wspomniał o leczeniu przyczynowem (surowice, argentol i t. p.), które w wielu wypadkach daje dobre wyniki.

Kol. St. Kon zapytuje, czy stosuje się u dzieci transpulminę, która daje dobre wyniki, jako środek zapobiegawczy po narkozach. Kol. Szaniawski mówi, że temat poruszany przez prelegenta jest tak obszerny, iż stanowi niemal połowę patologii dziecięcej. U oseskó w spotyka się często zapalenie płuc przykręgosłupowe,

przebiegające bez gorączki i bez wyraźnych objawów fizykalnych. Przy różniczkowaniu należy pamiętać o gruźlicy. Leczenie szczepionkami szeroko stosuje się we Francji. Jako środek nasercowy zalecana jest kofeina w dużych dawkach (1% roztwór).

Kol. Bram radzi w wypadkach wątpliwych i przewlekających się, częściej uciekać się do Roentgena, w ten sposób nie rzadko wykrywa się gruźlicę (epituberkuloza).

Kol. Szwedowski przypomina, że przy lokalizacji w górnych płatach odczyn Pirqueta może być ujemny, pomimo tła gruźliczego.

Kol. Łokczewski zaleca wielką ostrożność w rokowaniu, nawet wypadki pozornie beznadziejne kończą się niekiedy wyzdrowieniem. Radzi stosować ucisk łyżeczką na język dla spowodowania wymiotów, przy których dziecko nieraz wyrzuca dużo plwociny i odczuwa potem dużą ulgę. W wypadkach grożnych pomaga nieraz upust krwi. Chciałby usłyszeć pogląd kolegów na mechanizm działania baniek suchych i ciętych, które tak często stosuje się u dzieci przy zapaleniu płuc.

Zagadnienie stosowania baniek wywołuje bardzo ożywioną dyskusję: kol. Szaniawski uważa bańki suche za autohemoterapję; kol. Koniecpolski sadzi, że bańki wpływają na regulację krwi; kol. Frenkenberg uważa, że bańki działają odruchowo; kol. Batawja sadzi, że bańki uspakajają bóle, pochodzące z opłucnej; kol. Szwedowski dodatni wpływ baniek ciętych tłumaczy odprowadzeniem pewnej ilości toksyn.

Kol. Rożkowski przypisuje wielkie znaczenie rozpoznawcze wybitnie zaznaczonemu odczynowi Pirqueta, gdyż gruźlicę u dzieci mamy znacznie częściej, niż ją wykrywamy (zespół pierwotny, epituberkuloza). Częste nawroty zapaleń płucnych można tłumaczyć powstawaniem małych rozszerzeń oskrzeli. Bańki cięte, jak upust krwi uważa za zabieg odciążający serce.

IV. Kol. Szaniawski opisuje przypadek z praktyki: wezwano go do 1 miesięcznego dziecka, u którego stwierdził wypadnięcie około 50 cm prostnicy; wszelkie próby ręcznego wprawienia były ujemne i dziecko zostało skierowane do zabiegu operacyjnego.

Sekretarz: *A. Borkowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Dnia 27. II. odbyło się posiedzenie Prezydjum Zarządu Polskiego Towarzystwa Zwalczania Reumatyzmu. Obecni: Prof. Dr. Orłowski, Dr. Kłuszyński, Dr. Babecki, Dr. Nowakowski. Dr. Nowakowski podaje do wiadomości treść nadesłanej korespondencji. Dalej podaje, że zorganizowano zebranie lekarzy, na którym Dr. Van Breemen, sekretarz generalny Międzynarodowej Ligi Przeciwreumatycznej wygłosił odczyt. — Z Ligi Międzynarodowej Przeciwreumatycznej nadszedł okólnik, w sprawie terminu przyszłego kongresu międzynarodowego. Odbędzie się on w r. 1932 dn. 19—24 maja w Rzymie. Tematy ustalono: w sekcji naukowej, objawy naukowe gośćca przewlekłego, oraz gościec a gruźlica. W sekcji lekarsko-społecznej, gościec a zawód. Poza tem sekretarz generalny Ligi potwierdził odbiór zgłoszenia członkostwa P. T. Zw. G. przyczem składka roczna wynosić będzie Ł. 25. Wniosek nasz o odbycie jednego z przyszłych kongresów w Polsce będzie poddany pod dyskusję na przyszłym kongresie rzymskim. Następnie podaje adres firmy, od której można nabyć termometr pomysłu Dr. Breemena do mierzenia ciepłoty skóry. Zgodzono się nabyć jeden taki termometr, jako pokazowy. Wykonanie uchwał pełnego zarzadu: a) opracowanie regulaminu dla kół prowincjonalnych. Uznano to za przedwczesne w obecnej fazie organizacji Towarzystwa. Natomiast prezydjum będzie dążyć do powołania w odpowiednich ośrodkach mężów zaufania, którym powierzonoby zorganizowanie miejscowych warsztatów pracy. Sekretarz postara się o wzory ujęcia stosunku kół miejscowych do centrali w Zwiazku Przeciwgruźliczym. b) Przygotowanie zmian statutu dla przyszłego walnego zgromadzenia powierzono Dr. Kłuszyńskiemu i Nowakowskiemu, jak również opracowanie norm minimalnych składek rocznych dla członków — osób prawnych z tem, że ostatnie zadanie będzie traktowane jako bardzo pilne. c) Przystąpienie do Ligi Międzynarodowej zostało już dokonane, uzyskano najniższą składkę w wysokości 25 funtów angielskich, czyli około 1000 zł. rocznie. Postanowiono wpłaty kwartalne. d) Opracowanie mianownictwa dla celów statystycznych, jak również krótkiej instrukcji do tego, dalej zagadnienia wzoru kwestjonarjusza, opracowanego przez prof. Rencckiego, z wzorem ustalonym przez Ligę Międzyn. podjął się Prof. Orłowski. e) Prof. Orłowski podjął się również opracowania wytycznych dla organizacji ośrodków badawczych gośćcowych. Ośrodki takie narazie mogłyby powstać w Łodzi i w Inowrocławiu. Przewidziane jest uruchomienie przychodni przez Okręgowy Związek Kas chorych w Krakowie. W sprawie zakładu Inowrocławskiego postanowiono zwrócić się do Dep. Ubezp. Społ. M. P. i O. S. do Prof. Jezierskiego w Poznaniu i do tamtejszej Ubezpieczalni Krajowej. f) Z zwróceniem się do Min. Wyzn. Relig. i Ośw. Publ. o stworzenie ośrodków badawczych przy klinikach, postanowiono zaczekać do odpowiedniejszej sytuacji finansowej. g) Sprawa braków w urządzeniach klinicznych zdrojowisk. Postanowiono zwrócić się do Dr. Doc. Sabatowskiego o nadesłanie w tej sprawie referatu, celem opracowania wytycznych. Podkreślono jako braki ogólne brak leżalni w zakładach kąpielowych, zawczesne godziny kąpieli, brak wyszkolenia personelu pomocniczego. h) W sprawie uzyskania danych statystycznych o obciażeniu z powodu gruźlicy i gośćca zostanie wysłany list do Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu. i) Wobec tego, że tegoroczny zjazd internistów uwzględnia gościec, postanowiono zaniechać zorganizowania osobnego kongresu a poprzeć zjazd internistów. Prof. Orłowski nakreśli odpowiednie zawiadomienie o programie tego zjazdu.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego poświęcone gruźlicy odbyło się we wtorek dn. 24 marca 1931 r. 1) M. Grycewicz: Zakażenia ponowne (reinfectio) i dodatkowe (superinfectio) w gruźlicy płuc. 2) J. Misiewicz: Wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc. 3) A. Elektorowicz: Znaczenie metody rentgenologicznej dla wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc. 4) Dyskusja nad referatami: kol. kol.: L. Paszkiewicza, K. Dąbrowskiego, M. Grycewicz, J. Misiewicz, i A. Elektorowicza.

Pożegnanie Warszawy przez wycieczkę lekarzy jugosłowiańskich. „Ostavljajući Varšavu zahvaljujemo na dočeku koji je bio više nego bratski. Žar kojim ste nas primili ugrijao je hladnu atmosferu severa tako da je nismo ni osetili. Zajedničkim radom nastojacemo da se slovensko stablo zazeleni, procveta i donese plodove srece ne samo svima Slovenima nego i ostalom svetu. Velika hvala i dovidjenja". — co w tłumaczeniu brzmi: „Żegnając Warszawę, dziękujemy za przyjęcie, które było więcej niż braterskie. Ciepło z którem przyjęliście nas tak rozgrzało chłodną atmosferę północy, żeśmy tego chłodu nie odczuli. Wspólną pracą osiągniemy, że się słowiańskie żdźbło zazieleni, zakwitnie i da owoce szczęścia nie tylko wszystkim słowianom lecz i pozostałemu światu. Wielkie dzięki i dowidzenia". *Rasuchin*, Dyrektor Szkoły Higjeny w Zagrzebiu.

Zamknięcie V-go kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów. W dniu 9-go b. m. odbyła się w Państwowej Szkole Higjeny uroczystość zamknięcia V-go kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów. Uroczystości przewodniczył Dyrektor Szkoły, Dr. W. Chodźko, b. minister Zdrowia Publicznego. Imieniem Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych żegnał słuchaczy kursu Inż. Z. Rudolf, który jako kierownik kursu zilustrował rozwój kursów dla inżynierów od połowy 1926 r. i wskazał na korzyści, jakie te kursy niewątpliwie Państwu przynoszą. Imieniem Szefostwa Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych przemawiał Pułk. Dr. J. Babecki, podkreślając zadania inżyniera sanitarnego na polu higjeny wojskowej. Po przemówieniu jednego ze słuchaczy, który w serdecznych słowach dziękował Dyrekcji Szkoły oraz wykładowcom za poniesione prace, zabrał głos przewodniczący, Dr. Chodźko, i nawiązując do początków rozwoju higjeny, wskazał na doniosłą rolę inżyniera w dziale podniesienia zdrowotności Państwa. Uroczystość zakończyła się rozdaniem świadectw. Kurs ukończyło 19 inżynierów, w tem 9 państwowych, 4 samorządowych i 6 prywatnych.

Dn. 26 lutego delegacja Klubu Lekarzy Polskich w osobach: Prof. Czubalskiego, Prof. Szenajcha i Doc. Sterling-Okuniewskiego złożyła na audjencji Panu Ministrowi Wyzn. Rel. i Oświec. Publ. Sławomirowi Czerwińskiemu, memorjał treści następującej: Klub Lekarzy Polskich ma zaszczyt zwrócić się do Pana Ministra w następujących sprawach: 1) W myśl rozporządzenia Pana Ministra Wyzn. Rel. i Ośw. Publ., Dr. Kazimierza Świtalskiego, z dn. 10. II. 1929 r. (Dziennik Urzęd. Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ., R. XII. N 1. (208), lekcje we wszystkich szkołach na całym terenie Rzeczypospolitej zostały przedłużone z 45 do 50 minut każda. Rozporzadzenie to, wydane w jak najlepszych zamiarach uwolnienia młodzieży od nadmiernego przeciążenia, po dwuletniem doświadczeniu wykazało w praktyce liczne strony ujemne. Pierwotny bowiem projekt Pana Ministra, dążący do zredukowania tygodniowej liczby godzin do 30 z jednoczesnem przedłużeniem każdej lekcji szkolnej do 50 minut, w rzeczywistości nie dał się wprowadzić w ży-

cie, gdyż liczne lekcje nadobowiązkowe, jak śpiew, rysunki, przysposobienie wojskowe i w in., zwiększyły liczbę godzin do liczby poprzedniej (33—36 godz. tygodniowo), przedłużając jednocześnie każdą lekcję szkolną o 5 min. A więc w sumie zajęcia szkolne trwają obecnie albo o pół godziny dłużej, niż najdłuższe zajęcia szkolne w okresie, poprzedzającym wymienione rozporządzenie, albo zmuszają młodzież do przychodzenia (względnie do przyjeżdżania z dalszych okolic miasta lub z miejscowości podmiejskich) po raz wtóry do szkoły na lekcje popołudniowe, co naturalnie, zabiera dzieciom niezmiernie wiele czasu i wzmaga przeciążenie szkolne. Jak wykazało dziś już dwuletnie doświadczenie, a co potwierdzają również liczne zgodne ze sobą spostrzeżenia lekarzy szkolnych, kierowników szkół i rodziców, owo pięciominutowe przedłużenie każdej godziny szkolnej odbiło się bardzo niekorzystnie na stanie zdrowotnym młodzieży szkolnej. Skutkiem długiego przebywania młodzieży w zbyt szczupłych i nie zawsze dobrze przewietrzanych klasach, przeznaczonych zazwyczaj na mniejszą liczbę dzieci, a skupiających wskutek braku lokali znacznie większą ilość chłopców lub dziewczynek, niż przewidziano, ostatnie minuty każdej lekcji, a zwłaszcza cała szósta godzina szkolna są nader męczące nietylko dla dzieci, ale i dla nauczycielstwa. Ze względu zatem na wyżej wyłuszczone powody, Klub Lekarzy Polskich, jeszcze raz podkreślając z prawdziwym uznaniem jaknajlepsze intencje prawodawcy, zwraca się do Pana Ministra z serdeczną prośbą, aby w zrozumieniu tej ważnej sprawy, przywrócił na podstawie nabytego doświadczenia dawny wymiar lekcji w szkole średniej do 45 minut. 2) Następnie, Klub Lekarzy Polskich zwraca się z uprzejmą prośbą o uwzględnienie przy układaniu programów dla gimnazjum wyższego różnic fizjologicznych w okresie pokwitania chłopców i dziewcząt, który u chłopców wypada zwykle o 1—2 lat później, niż u dziewczynek, wobec czego i odpowiednie obciążenie szkolne musi wypaść odmiennie. Uznając całkowite równouprawnienie obu płci i konieczność jednolitego programu szkolnego dla gimnazjum męskiego i żeńskiego, Klub ma nadzieję, że może udałoby się, nie zmieniając zakresu wiedzy, przenieść poszczególne działy na różne klasy w ten sposób, aby dziewczynki klas 3 i 4 były mniej obciążone, niż chłopcy, u których dopiero wiek klas 5 i 6-ej jest istotnym wiekiem pokwitania. 3) Wreszcie, Klub Lekarzy Polskich, stojąc na stanowisku, że podstawowe wiadomości z higjeny indywidualnej i społecznej, zwłaszcza ostatniej, są nieraz drogowskazem w postępowaniu późniejszem tworzącego się pokolenia inteligencji, zwraca się z głęboką prośbą do Pana Ministra o przywrócenie w VII-ej klasie ewent., o wprowadzenie w VIII-ej klasie jednej godziny tygodniowo wykładu higjeny indywidualnej i społecznej. Niejednego wskazania higjeniczne, nabyte na lekcjach higjeny, mogą uchronić od zgubnych skutków zboczeń i chorób płciowych, zaś dla szeregu zawodów, nawet o wyższem wykształceniu specjalnem (sędziowie, prawnicy, inżynierowie, architekci, wyżsi urzędnicy państwowi i komunalni oraz w. in.), te właśnie podstawowe wiadomości, których już — niestety — nie uzupełniają w swoich wyższych studjach, bardzo często będą wytyczną dla zrozumienia i ujęcia w odpowiedni sposób wielu zjawisk, nawskroś życiowych i związanych ze znajomością higjeny społecznej. (—) Prof. Dr. Czubalski, Prof. Dr. M. Michałowicz, Doc. Dr. Sterling-Okuniewski, Prof. Dr. W. Szenajch.

P. Minister wypowiedział się we wszystkich poruszonych w memorjale zagadnieniach, poczem po dłuższej dyskusji, w której brali udział wszyscy delegaci, P. Minister przyrzekł zająć się tą sprawą i w miarę możności poczynić odpowiednie kroki.

Odczyt wybitnego cudzoziemca. W powrotnej drodze z Kongresu Przeciwreumatycznego w Moskwie, przyjechał do Warszawy w poniedziałek, dnia 2 lutego, generalny Sekretarz Międzynarodowej Ligi Przeciwreumatycznej, dr. Van Breemen z Amsterdamu. Korzystając z krótkiego pobytu w Warszawie, p. dr. Van Breemen wygłosił, w dniu 3 lutego, w Państwowej Szkole Higjeny wykład na temat: „Akcja międzynarodowa przeciwko reumatyzmowi". Odczyt wybitnego gościa wzbudził w sferach lekarskich i naukowych stolicy należyte zainteresowanie i zgromadził liczne rzesze słuchaczy. Odczyt był wygłoszony w językach: francuskim i niemieckim.

Nowy Zarząd Warsz. Tow. Higjenicznego. Nowo wybrany zarząd warsz. Tow. Higjenicznego ukonstytuował się, jak następuje: pp. dr. Eugenjusz Piestrzyński — prezes, inż. Eugenjusz Kątkowski — wiceprezes, dr. Henryk Kucharzewski — skarbnik, dr. Marjan Zachert — sekretarz, prof. Tomasz Janiszewski, dr. Czesław Wroczyński, dr. Klemens Łazarowicz, dr. Jan Adamski, inż. Zygmunt Rudolf, dr. Stefan Otolski, Wiktorja Stokowska i dr. Cezary Wichrowski — członkowie zarządu, oraz pp.: Stanisław Bobiński, dr. Józef Marzecki, inż. Ignacy Radziejowski, inż. Roman Baranowicz, dr. Leonard Kowarski, inż. Henryk Kowarski i inż. Henryk Przyłęcki — zastępcy członków zarządu. Na pierwszem posiedzeniu omawiano sprawę rozszerzenia zakresu działalności Tow. Higjenicznego i uchwalono zorganizowanie w czerwcu r. b. zjazdu higjenicznego w Gdyni.

Lekarze Jugosłowiańscy w Warszawie. W dniu 8 b. m. przybyła do Warszawy celem zwiedzenia urządzeń sanitarnych i higjenicznych stolicy wycieczka lekarzy jugosłowiańskich w liczbie 30 osób. Staraniem państwowego Instytutu Higjeny łącznie z polsko-jugosłowiańskim instytutem nauk administracyjnych, społecznych i gospodarczych odbyło się w dn. 9 b. m. w sali państwowej szkoły higjeny uroczyste zebranie, na którem przemówienia powitalne wygłosili: dyr. Piestrzyński imieniem państwowej służby zdrowia, dr. Chodźko imieniem państwowej szkoły higjeny, prof. Gluziński imieniem polskiej delegacji Związku lekarzy słowiańskich i prof. Hilarowicz imieniem instytutu polsko-jugosłowiańskiego; prof. H. wygłosił po serbsku referat o ustroju administracyjnym polskim z uwzględnieniem służby zdrowia. Imieniem jugosłowian dr. Rozuchin, dyrektor państwowego Zakładu higjeny w Zagrzebiu w serdecznem przemówieniu dziękował za zgotowane przyjęcie.

Kurs Eugeniki i Poradnictwa Przedślubnego. Rozwój higjeny społecznej uczynił niezmiernie aktualną sprawę porad przedślubnych. Możliwem jest uniknięcie całego szeregu chorób u potomstwa przez odpowiednie wskazówki lekarskie dla rodziców. Zagranicą istnieją już dawno specjalne poradnie przedślubne, a i w Polsce te niezmiernie ważne placówki rozwijają się już pomyślnie, dzięki inicjatywie Towarzystwa Eugenicznego. W zrozumieniu doniosłości tej sprawy i niezbędności organizowania takich placówek przez władze rządowe, samorządowe, Kasy Chorych i t. p., Państwowa Szkoła Higjeny wspólnie z Sekcją Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego zainicjowała pod kierunkiem wybitnych fachowców kurs dla Lekarzy z dziedziny eugeniki i poradnictwa przedślubnego. Wykłady obejmą zarówno stronę społeczną, związaną ze sprawami małżeństwa, jak zagadnienia polityki populacyjnej, rozrodczości, reformy małżeństwa, oraz sprawy związane ściślej z patologją, jak dziedziczenie chorób psychicznych, nerwowych, zapobieganie chorobom wenerycznym i t. p. Kurs odbędzie się w czasie od 20 kwietnia do 2 maja wł. r. b. W celu umożliwienia uczęszczania na kurs lekarzom praktykującym, wykłady odbywać się będą wieczorami od godz. 20—22 w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny, ul. Chocimska 24. Kurs jest bezpłatny; wpisowe wynosi 10 zł. Program i rozkład godzin kursu następujący: 20. IV. godz. 20—21 Dr. L. Wernic: „Ruch eugeniczny w Polsce", godz. 21—22 Prof. Dr. Janiszewski: „Współczesne zagadnienia ludnościowe". — 21. IV. godz. 20—21 Dr. W. Chodźko: „Prawodawstwo eugeniczne i małżeńskie", godz. 21—22 Dr. M. Kacprzak: „Z zagadnień rozrodczości". — 22. IV. godz. 20—21 Doc. Dr. M. Skalińska: „Z zagadnień dziedziczności", godz. 21—22 Doc. Dr. J. Mydlarski: „Sprawy dziedziczności u człowieka". — 23. IV. godz. 20—21 Dr. J. Babecki: „Współczesne prądy reformy małżeństwa", godz. 21—22 Doc. Dr. J. Lorentowicz: „O sposobach zapobiegania ciąży". — 24. IV. godz. 20—22 Dr. W. Sterling: „Dziedziczenie chorób nerwowych". — 25. IV. godz. 20—21 Prof. J. Mazurkiewicz: „Dziedziczenie chorób psychicznych", godz. 21—22 Doc. Dr. G. Szulc: „Gruźlica". — 27. IV. godz. 20—22 Dr. H. Szczodrowski: „Choroby weneryczne". — 28. IV. godz. 20—21 Doc. M. Lorentowicz: „Choroby kobiece", godz. 21—22 Doc. Dr. Melanowski: „Choroby oczu". — 29. IV. godz. 20—22 Doc. Dr. W. Filiński: „Choroby wewnętrzne". — 30. IV. godz. 20—22 Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski: „Zboczenia seksualne". — 1. V. godz. 20—22 Dr. J. Nelken: „Alkoholizm i narkomanja". — 2. V. godz. 20—22 Prof. Dr. L. Hirszfeld: „Dziedziczeni fizjologicznych i patologicznych cech krwi". Zgłoszenia pisemne przyjmuje i informacji udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24, do dnia 15 kwietnia, codziennie od 9-15, tel. 8.94-81.

Kraków.

Z Krakowskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Na walnem zebraniu Krakowskiego Towarzystwa Ginekologicznego w dniu 13. stycznia 1931 r. wybrano Zarząd w następującym składzie: Prezes: Doc. Dr. January Zubrzycki. Zastępca prezesa: Doc. Dr. Tadeusz Keller. Sekretarz: Dr. Czesław Uhma. Skarbnik: Dr. Ludwik Friedmann. Wydział: Dr. Bolesław Pogonowski, Dr. Jan Szancenbach. Redakcja Ginekologji Polskiej: Członkowie: Doc. Dr. January Zubrzycki, Doc. Dr. Józef Szymanowicz. Członkowie Miejscowej Komisji Redakcyjnej: Doc. Dr. January Zubrzycki, Dr. Ada Markowa, Dr. Bruno Wojciechowski, Dr. Jan Lachs. Komisja Kontrolująca: Doc. Dr. Józef Szymanowicz, Dr. Tymoteusz Piotrowski.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 18. marca b. r. odbyło się o godzinie 7-mej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym. 1) Doc. Dr. Szymanowicz: Operacja plastyczna przy zarośnięciu jamy macicy. 2) Doc. Dr. Oszacki: Tlen we krwi przy nowotworach (cz. II).

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 25. marca b. r. odbyło się o godzinie 7-ej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego na którem wygłosił odczyt Prof. Dr. Lenartowicz ze Lwowa: Z badań nad kiłą doświadczalną u zwierząt: Kiła królików i myszy.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We czwartek, dnia 26. marca b. r. odbyło się o godzinie 8-mej wiecz. w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, ul. Radziwiłłowska l. 4. zebranie towarzyskie członków Towarzystwa i ich rodzin poprzedzone odczytem Prof. Uniw. Dr. Romana Dyboskiego p. t.: „O Anglikach i Amerykanach".

Zakład historji medycyny Un. Jag. został otwarty dnia 15 marca 1931 r. w nowym lokalu w Krakowie, przy alei Krasińskiego 12, parter. Lokal obejmuje 3 pokoje, przedpokój i mieszkanie dla służącego. Uroczystość otwarcia odbyła się w niedzielę o godz. 11-ej przed poł.; zaszczycił ją swą obecnością p. Prezydent m. Krakowa Rolle. Dyrektor Zakładu Prof. Szumowski oprowadzał gości po muzeum zakładu, pokazując bogate zbiory z zakresu historji medycyny i nauk przyrodniczych. Zakład posiada kilkanaście bieżących czasopism z historji medycyny i z dziedzin pokrewnych, prawie wszystkie fachowe wydawnictwa, jakie wychodzą na kuli ziemskiej, podręczniki, monografje, encyklopedje, bibljografje, słowniki. Księgozbiór obejmuje około 12.000 tomów z czego 4814 skatalogowanych; prócz tego zakład posiada 135 rękopisów, 495 dyplomów, dokumentów i autografów, 1394 portretów i fotografij, 49 medali i odznak, 437 okazów patologicznych i innych, 600 narzędzi i przyrządów lekarskich i aptekarskich, 193 rzeczy pamiątkowych po wybitnych lekarzach. Na podniesienie zasługują pamiątki po ś. p. Józefie Rollem, wybitnym lekarzu i działaczu, ojcu Prezydenta m. Krakowa. W zakładzie jest czytelnia, z której korzystają studenci i lekarze. Na zakończenie Dr. Tadeusz Bilikiewicz wygłosił odczyt p. tyt. „O współczesnych zakładach i muzeach historji medycyny", przedstawiając zebranym swe wrażenia z podróży naukowych, jakie przedsiębrał w charakterze stypendysty Rockefelera do Niemiec, Holandji, Anglji i t. d. Dwa największe instytuty historji medycyny w Europie znajdują się w Lipsku i Berlinie. Ośrodkiem niemieckiej historji medycyny jest niewątpliwie Lipsk dzięki tradycji Sudhoffa i energji obecnego kierownika Prof. Sigerista. Instytut berliński (Prof. Diepgen) otrzymał niedawno olbrzymi lokal, liczący 25 ubikacyj. Z ważniejszych muzeów historji medycyny zasługują na uwagę: muzeum w Zürichu, w Wiedniu, a szczególnie wspaniale wyposażone Wellcome medical historical museum w Londynie. Opisowi tego ostatniego poświęcił prelegent najwięcej uwagi. Wogóle prelegent starał się unaocznić, ile pracy i funduszów łoży zagranica dla wyrwania z niepamięci przeszłości medycyny. Motywem ku temu jest nietylko pietyzm dla przodków, ale i zrozumienie propagandowego znaczenia historji medycyny, jako bardzo ważnego działu historji nauk i kultury. W ożywionej dyskusji, jaka się po odczycie Dra Bilikiewicza wywiązała, zabierał głos Prof. Wachholz, wskazując na mnóstwo przedmiotów ogromnej wartości muzealnej, jakie się znajdują przeważnie w prywatnych rękach i jakie koniecznie powinny być pozyskane dla krakowskiego zakładu historji medycyny, gdyż w przeciwnym razie — jak to niejednokrotnie bywało — zniszczeją. Osoby, posiadające przedmioty muzealne z zakresu historji medycyny, przedewszystkiem starsi lekarze, względnie rodziny zmarłych lekarzy, powinny odczuwać jako moralny obowiązek to, przedmioty takie ofiarowywać istniejącym w Polsce, nielicznym coprawda w porównaniu z zagranicą, muzeom istniejącym przy zakładach historji medycyny. Również niektóre klasztory w Polsce posiadają — jak na to zwrócił uwagę prof. Wachholz — wiele starych książek z zakresu medycyny, oraz innych przedmiotów, których wartości muzealnej laik nie jest w stanie ocenić.

Poznań.

VI Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. odbyło się w piątek, dnia 20 marca 1931 r. o godz. 20,15 w Sali Wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski) z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Prof. Dr. Kapuściński: Gruźlica w oświetleniu okulistyki. 4. Dr. Jakubiak: 1) Evulsio bulbi. 2) Operacja Fukala-Wicherkiewicz. 5. Dr. Borowski. Retinitis pseudonephritica. 6. Dr. Kłaczyński: Choroba Mikulicza.

Tarnowskie Góry.

Poświęcenie szpitala. W Tarnowskich Górach odbyło się dn. 8. III. poświęcenie nowego szpitala wybudowanego w 10 rocznicę wskrzeszenia państwa polskiego. W uroczystości wzięli udział przedstawiciele władz, wojskowości, świata lekarskiego i miasta. Nowy szpital został wybudowany kosztem 830.000 zł., a obliczony został na 140 łóżek.

Ze świata.

Zjazd Radjologiczny. III Międzynarodowy Zjazd Radjologiczny odbędzie się w Paryżu w lipcu roku 1931. Zjazd dzieli się na 6 sekcji: 1) radjofizyka, 2) radjologja, 3) djagnostyka rentgenowska, 4) promienioleczníctwo (Roentgen i Curieterapja), 5) elektrologja medyczna, 6) helioterapja naturalna i sztuczna. Streszczenie odczytu napisane na maszynie w języku francuskim, niemieckim lub angielskim, nie przekraczające 400 wyrazów, musi być nadesłane do sekretarjatu najpóźniej 1 kwietnia roku 1931. Członkowie Towarzystw radjologicznych, życzący sobie wziąć udział w Zjeździe, proszeni są o wypełnienie karty uczestnictwa, którą wraz z kwotą 300 franków należy możliwie wcześnie nadesłać. Adres sekretarjatu III Międzynarodowego Zjazdu radjologicznego: 122 rue La Boetie. Paris VIII. W związku ze Zjazdem urządzona będzie wystawa. Osoby, pragnące wziąć udział w wystawie, proszono są o zwracanie się do pana H. Pilon, 34. Boulevard de Vaugirard. Paris XV.

Konkursy naukowe. Wydział lekarski Uniwersytetu w Wrocławiu rozpisał konkurs na prace naukowe p. t.: a) Untersuchungen des Stoffwechsels sympathischer Nerven und Ganglien i b) Die Einwirkung lang dauernder Einatmung kleiner Kohlenoxydmengen auf Gesundheit und Widerstandskraft gegen Infektionskrankheiten ist experimentel zu untersuchen. Nagroda za każdą z tych prac wynosi 200 RM. Prace na konkurs ten przeznaczone muszą być wniesione do 1 grudnia 1931 r. na ręce Sekretarjatu Uniwersytetu we Wrocławiu.

Wydział Lekarski Uniwersytetu w Frankfurcie n. M. ogłosił konkurs na pracę p. t.: Untersuchungen über den Ursprung und die Natur der vasoaktiven Stoffe bei Nierenkranken. Nagroda konkursowa wynosi 200 RM. Prace mają być wniesione najpóźniej do 1 grudnia 1931 r. na ręce dziekana.

Wydział Lekarski Uniwersytetu w Halle rozpisał konkurs na prace naukowe pod następującemi tytułami. a) Die Einwirkung verschiedener strahlender Energieen auf das gesunde und tuberkulös erkrankte Auge ist experimentel zu prüfen, b) Leistung und Aussichten aktiver Immunisierungsmethoden für die Seuchenbekämpfung im Kindesalter (mit Ausnahme der Pockenimpfung), c) Die Bedeutung der Dottersackgefässe für die Entwicklung des Blutes beim Menschen.

Wydział lekarski Uniwersytetu w Königsberg wyznaczył nagrodę konkursową na pracę p. t. Die Auswärtung der Porphyrin — und Häminforschungen für den Blutnachweis. Zgłoszone do konkursu prace muszą wpłynąć do 10 grudnia 1931 do rąk dziekana.

Wielka Rada Towarzystwa Britisch Empire Cancer Campaign postanowiła przyznać dwie nagrody (Garton-Preise) po 500 funtów ang. i złoty medal za najlepszą pracę na temat: Wczesne rozpoznawanie raka, albo Wyniki biologiczne i sposób działania naświetlań na komórki złośliwe i inne. Prace mają być wniesione do grudnia 1933 r.

Redakcja otrzymała:

Zawadowski W. „O pomiarach dawek promieni X i o dawkomierzu Solomona". Odb. z „Polskiego Przeglądu Radjologicznego", tom V, zeszyt 3—4 z r. 1930.

Zawadowski W. „Pourazowa odma czszkowa", Warszawa 1930.

Der blutlose Phlebotomist, vol. VII, nr. V.

Bayer - Meister Lucius. „Środki lecznicze, specyfiki, surowice i szczepionki".

Handelsman J. „Stosunek zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsianem mózgu i rdzenia". Odb. z „Rocznika psychjatrycznego", zeszyt XIV z r. 1931.

Bulletin de l'association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays etrangers, nr. 9, janvier 1931.

Sonnenschein B. „O uśmierzaniu bólów po tonsillektomji". Odb. z Przeglądu oto-laryngologicznego, tom VII, zeszyt 2—3.

Sonnenschein B. „Ueber lebensgefährliches Kehlkopfödem nach Tonsillarabszess. Odb. z Zeitschrift f. Laryngologie i t. d. 1930, Bd. 19, H. 4.